Rok XLIII. Kraków 30 Lipca 1904. Nr. 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu higieny i bakteryologii U. J. w Krakowie pod kierunkiem prof. O. Bujwida.

O „typhus-diagnosticum“ Fickera [1].

Podał

Dr. Kazimierz Habicht.

Tak zwane „typhus diagnosticum“ Fickera, polecone przez tego autora w końcu zeszłego roku do badań aglutynacyi makroskopowej w durze brzusznym, jest nader rozrzedzoną zawiesiną prątków durowych w płynie, którego skład Ficker dotąd zachował w tajemnicy.

Sposób, w jaki się używa „typhus-diagnosticum“, pozwala lekarzowi w każdym przypadku, bez żywej hodowli prątków durowych, bez cieplarki i bez znacznej straty czasu, wykonać w celach rozpoznawczych próbę, która co do pewności zupełnie odpowiada próbie Widala, — rozumie się z temi samemi zastrzeżeniami w razie wyniku ujemnego,— jak wiadomo bowiem odczyn Widala nie występuje w przeważnej liczbie przypadków, aż dopiero w drugim tygodniu cierpienia.

„Typhus diagnosticum“ Fickera ma nadto wielkie znaczenie tak dla praktycznej serodyagnostyki, jak i dla zagadnień teoretycznych, z nią się wiążących, gdyż jako jednostajny odczynnik pozwoli różnym badaczom uzyskiwać wyniki współrzędne.

Według Fickera próba ta ma przebieg następujący: Wziąwszy badanemu mniej więcej 1 ctm. sz. krwi, czy to sposobem zwykłym przez nakłucie palca i zastósowanie pipety włosowatej, — czy też zapomocą bańki „ciętej“ i po otrzymaniu z tejże surowicy, co mniej więcej do 2 godzin następuje, bierzemy pipetą 0·1 ctm. sz. czystej surowicy do jednej z probówek i dodajemy 0·9 ctm. sz. roczynu fizyologicznego soli, przez co otrzymujemy 10% roczynu surowicy. Z tego roczynu dajemy do probówki Nr. 1 0·2 ctm. sz., do probówki Nr, 2 0·1 ctm. sz. i uzupełniamy obydwie do 1 ctm. sz. „typhus-diagnosticum“ dobrze zamieszane poprzednio, — to znaczy dolewamy tegoż do probówki Nr. 1 0·8 ctm. sz., do probówki Nr. 2 0·9 ctm. sz., otrzymując przez to roczyny surowic 1 : 50 i 1 : 100. Wreszcie do probówki Nr. 3 nalewamy czyste „typhus- diagnosticum“ 1 ctm. sz. dla kontroli. Po szczelnem zatkaniu probówek i wymieszaniu ich treści, zostawiamy je w ciepłocie pokojowej w miejscu zacienionem. W przypadkach duru brzusznego już w kilka godzin zaczyna się płyn w probówkach Nr. 1 i 2 wyjaśniać, na dnie zaś zbierają się kłaczki; w przeciągu zaś mniej więcej 6 do 12 godzin tworzy się na dnie strąt, ponad którym płyn jest zupełnie jasny: w tym samym czasie w probówce Nr. 3, zawierającej dla kontroli czyste „typhus diagnosticum“, nie znajdujemy żadnej zmiany; zawiesina jest zupełnie jednostajna i dopiero po dłuższym czasie spostrzegamy na dnie osad, różny od strątu w probówkach Nr. 1 i 2. Fabryka Mercka z Darmstattu, wyrabiająca „typhus diagnosticum“, odstąpiła bezinteresownie krakowskiemu zakładowi higieny pewną ilość tego odczynnika do doświadczeń, przez co umożliwiła obecną pracę, a mając sposobność badania chorych w klinice pedyatrycznej Szpitala św. Ludwika i chorych obu oddziałów chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza, mogłem w 10 przypadkach duru klinicznie rozpoznanego sprawdzić to, co dotąd o „typhus-diagnosticum“ ogłoszono, że tylko wspomnimy pracę Dr. Eliasza Radzikowskiego (ogłoszoną w „Przeglądzie lekarskim“), to znaczy, że „typhus diagnosticum“ Fickera daje wszędzie wyniki dodatnie tam, gdzie znajdujemy odczyn Widala i że jest środkiem rozpoznawczym równomiernie z tą próbą czułym i pewnym.

Krew ludzi zdrowych lub chorych nie na dur brzuszny, nie daje stanowczo żadnego strątu, lecz analogicznie nie otrzymuje się w takich razach odczynu Widala.

Próba robiona za pomocą „typhus diagnosticum“ Fickera daje lekarzowi praktycznemu w rękę łatwy i przystępny sposób wykonywania odczynu Widala, na pewny jednak wynik aglutynacyi trzeba czekać do 12 godzin; — chcąc przyspieszyć ten proces, zastósowałem, idąc za wskazówkami kol. Eisenberga, pod którego kierunkiem te doświadczenia robiłem, — metodę Asakawy, polegającą na tem, że badaną próbę zamraża się i pozostawia do powolnego odtajania, przyczem powstaje aglutynacya. Całkowite zamrożenie udaje się nieraz w przeciągu 4 do 10 minut, — odtajanie trwa również nie dłużej — tak, że możnaby już w 20 minutach po otrzymaniu surowicy mieć odpowiedź na pytanie, czy aglutynacya w danym przypadku wystąpi, czy też nie. Niestety, próba ta, mimo że w kilku przypadkach, szczególnie przy surowicach wysoko aglutynujących, dawała wyniki dodatnie, nieraz widoczne nawet przed zupełnem zamarznięciem, — to w innych występowała po odtajaniu dopiero w kilka godzin.

W każdym razie metoda Asakawy zasługuje na bliższe zbadanie. W toku tych badań robiliśmy doświadczenia nad innemi metodami, pozwalającemi lekarzowi praktycznemu obejść się bez żywej hodowli.

Jak wiadomo, hodowla duru brzusznego, jak zresztą wiele innych, ogrzewana przez godzinę do 58°, bywa zabitą, nie traci jednak własności aglutynowania się. Własność ulegania aglutynacyi nietylko nie znika, — owszem, jak mogliśmy się przekonać w pewnych przypadkach naszych doświadczeń, stanowczo się wzmaga.

Postępowanie nasze na tem polegało, że robiliśmy zawiesinę z 24-godzinnej hodowli duru brzusznego w roczynie fizyologicznym, na 1 agar 30 ctm. sz. płynu, — dla otrzymania analogicznego zagęszczenia zawiesiny, jak hodo-

[1]) Według odczytu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem d. 11 maja 1904 r.

wla bulionowa 24-godzinna. Połowę tej zawiesiny ogrzewaliśmy przez godzinę do 58°, potem robiliśmy rozcieńczenia tak z zawiesiny ogrzewanej, jak i pierwotnej, któreby odpowiadały zgęszczeniu użytemu, przez Fickera, co wypadało 1 : 5 i z temi zawiesinami, to znaczy z hodowlą pierwotną nieogrzewaną i ogrzewaną, wreszcie z ich rozcieńczeniami robiliśmy próby porównawcze z „typhus diagnosticum“. Pokazało się, że przy wyższych rozcieńczeniach surowicy badanej zawiesiny nie rozcieńczane nie dawały aglutynacyi, podczas gdy „typhus diagnosticum“ i hodowle, sprowadzone do gęstości tegoż, dawały jeszcze wyraźny i niewątpliwy strąt, szczególniej okazała się czułą na równi z „typhus diagnosticum“ zawiesina ogrzewana rozcieńczona.

W celu oznaczenia ściślejszych granic tych różnic, używaliśmy oprócz surowic ludzi durem dotkniętych, także wysokowartościowych surowic koni uodparnianych przeciw durowi; gdy granica dla „typhus diagnosticum“ Fickera i zawiesiny ogrzewanej rozcieńczonej była między 48.000 a 60 000, to zawiesina nie ogrzana rozcieńczona dała aglutynacyę zaledwo przy 12 000; — zawiesina zaś ogrzewana o prawidłowem zagęszczeniu dała jeszcze przy 17.000, a nieogrzana zaś przy 10.000.

Te same różnice znachodziliśmy także w doświadczeniach z surowicami ludzkiemi, rozumie się w niższych tylko wartościach, więc mniejsze były wahania; — dość, że przytoczę jeden przypadek surowicy wysoko aglutynującej Nr. 6. dziecka 6-letniego, gdzie „typhus diagnosticum“ i hodowla ogrzewana rozcieńczona i nierozcieńczona dawały aglutynacyę w granicach między 1 : 1000 a 1 : 1500, podczas gdy hodowle nieogrzewane, tak rozcieńczone, jak i prawidłowe, dawały wyraźną aglutynacyę tylko do > 1 : 750.

Drugi szereg badań naszych rozciągał się na hodowle prątków durowych zabitych formaliną. Pröscher podał swego czasu, że jeżeli do 24-godzinnej hodowli bulionowej prątków durowych dodamy 1 : 100 zwykłej formaliny, zawierającej 40% formaldehydu, to prątki ulegną zabiciu, nie tracą jednak własności aglutynowania się, o czem także pisze Ruediger. Próby nasze potwierdziły ten szczegół w zupełności. Hodowla bulionowa po dodaniu formaliny nie zmienia się ani makroskopowo, ani badana w kropli wiszącej, — przedstawiając się jako jednostajna zawiesina martwych prątków durowych i utrzymując się bardzo długo bez tworzenia osadu. Aglutynacya, — którą sprawdzaliśmy tak makro-, jak i mikroskopowo, powstaje w równych warunkach, jak przy „typhus diagnosticum“ i przy zwykłej próbie Widala.

Wyciągając wniosek z tych doświadczeń, zdaje mi się, że nie bardzo pomylę się twierdząc, że „typhus diagnosticum“ Fickera jest rozcieńczoną hodowlą prątków durowych, konserwowaną formaliną — albo też hodowlą ogrzewaną do 58° i przechowywaną aseptycznie, — lub bez odgadywania postępowania Fickera, — że możnaby podobne i również czułe „typhus diagnosticum“ otrzymać już to przez ogrzewanie rozcieńczonej zawiesiny hodowli prątków durowych, już też przez dodanie do niej formaliny w stosunku 1 : 100. Zawiesiny podobne utrzymują się bardzo długo bez zmiany i, co bardzo ważne, nie dają sedymentacyi nawet w 24 godzinach. W końcu załączam tablicę, wykazującą granicę rozcieńczeń surowic, badanych różnymi sposobami, dające jeszcze aglutynacye, — dla porównania czułości pojedynczych sposobów.

	Surowica chorych	daje aglutynacyę	Z „typhus diagnosticum“	Z hod. norm. nieogrzanemi	Z hod. nieogrz. rozcieńczona	Z hod. ogrz. nierozcieńczoną	Z hod. ogrz rozcieńczoną
1.	Chora Z. K. l. 42	koniec 3 tyg.	1 : 1500	1 : 500	1 : 500	1 : 1500	1 : 1500
2.	Chory J. K. l. 26	początek 4 tyg.	1 : 15.000	1 : 10.000	1 : 10.000	1 : 15.000	1 : 15.000
3.	Chora J. G. l. 24	koniec 2 tyg.	1 : 150	1 : 150	1 : 150	—	—
4.	Chory S. T. l. 26	koniec 2 tyg.	1 : 200	1 : 150	1 : 200	—	—
5	Chora K. Z. l. 32	początek 3 tyg.	> 1 : 300	> 1 : 300	> 1 : 300	—	—
6.a)	Chory St. G. l. 6	początek 2 tyg	1 : 150	1 : 150	1 : 150	-	—
b)	ten sam	koniec 3 tyg.	1 : 1000	1 : 750	1 : 750	1 : 1000	1 : 1000
7.	Chory N. N. l. 18	3 tyd.	1 : 100	1 : 100	1 : 100	—	—
8.	Chora Z. R. l. 23	Nawrót od 4 dni	> 1 : 300	> 1 : 300	> 1 : 300	—	=
	Surowica konia uod-	—	> 1 : 48.000	1 : 10 000	< 1 : 12.000	1 : 17 500	> 1 : 48.000
	parnianego	—	< 1 : 60.000	—	—	—	< 1 : 60.000

	Surowica chorych	daje aglutynacyę	Z „typhus diagnosticum“	Z hod. norm. form. 1 : 100	Z hod. rozcień. form 1 : 100		
9.a)	Chory K. S. l. 26	2 tyg.	> 1 : 30	1 : 30	—	—	—
b)	ten sam	3 tyg	1 : 1500	1 : 1000	1 : 1500	—	—
10.a)	Chory H. S. l. 20	początek 2 tyg.	> 1 : 30	> 1 : 30	—	—	—
b)	ten sam	początek 3 tyg.	1 : 300	1 : 300	1 : 300	—	—
11.	Chory St. G. l. 6	koniec 3 tyg.	1 : 1000	1 : 750	1 : 1000	—	—
	Surowice chorych na inne cierpienia lub zdrowych:						
I.	M. K.	zdrowy	brak	brak	—	brak	—
II.	M. J.	gruźlica płuc	brak	brak	—	brak	—
III	S.	Phlegm.	1 : 5?	1 : 5?	—	1 : 5?	—
IV.	D.	wyprysk przewlekły	1 : 5	1 : 5	—	1 : 5	—
V.	K.	stwardnienie rozsiane	1 : 5?	1 : 5?	—	1 : 5?	—

II. Z oddziału chorób wewnętrznych Prof. Dra St. Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

O veronalu, nowym leku nasennym.

Opracował
Dr. Tadeusz Pisarski.

(Dokończenie.)

Przez cały czas podawania veronalu nie spostrzegłem nigdy jakichkolwiek zmian w ciepłocie ciała, a cztery przypadki podniesienia się ciepłoty znalazły swoje uzasadnienie w zaostrzeniu się sprawy chorobowej. trzy razy gruźlicy płuc, a raz w zapaleniu śródsierdzia.

Lilienfeld i Würth spostrzegali występującą czasem wysypkę po zażyciu veronalu, która miała charakter zwykłej intoksykacyjnej pokrzywki, a według Würtha usadawiała się ona ze szczególnem upodobaniem po stronie mięśni wyprostnych na kończynach. Zmian podobnych nigdy nie widziałem po zażywaniu veronalu. Spostrzegałem natomiast inne zjawisko, a mianowicie obfite pocenie się i to dość często, bo 16 razy, a więc około 8%.

Łaknienie i oddawanie stolca nie ulegały przy podawaniu veronalu żadnej zmianie; również nie dostrzegłem szkodliwego wpływu na narząd oddechowy; owszem, w lżejszych przypadkach gruźlicy płuc lub przewlekłego nieżytu oskrzeli, jeżeli kaszel nie był zbyt męczącym, to stawał się jeszcze rzadszym i lżejszym, a jeden z chorych, który z powodu kaszlu nie mógł sypiać i miernie odkrztuszał, twierdził, że po „takim proszku“ kaszel stał się nietylko rzadszym, lecz i suchszym.

Liczba tętna bywała po największej części nieco większa, lecz napięcie nie zmieniało się i to nawet u chorych, cierpiących na wady zastawek. Badanie tętna przeprowadzałem stigmografem, zdejmując krzywą w różnych odstępach czasu po podaniu większych dawek veronalu, a więc po 1, 2, 3, 4, 5 do 14 godzin. Rysunek tętna pozostawał zawsze jednaki.

Trautmann, używając do doświadczeń swojej własnej osoby, doszedł do wniosku, że veronal zaoszczędza rozkład białka w ustroju i zaleca podawać go w bezsenności u chorych z podupadłem odżywieniem lub u gorączkujących. Inni zaś autorowie, jak Matthey, Würth, Mendel i Kron stwierdzili stałe zwiększanie się ciężaru ciała.

Na pięć przypadków, jakie wyłącznie w tym kierunku badałem, dwa razy stwierdziłem niewątpliwie przybytek na wadze po ośmiu dniach zażywania veronalu.

Co do zmian, spostrzeganych w moczu, którego fizyczne własności i skład chemiczny były bardzo starannie badane, to oddziaływanie moczu, jakoteż i barwa nie ulegały zmianie, bo jakkolwiek na 50 badanych prób moczu 10 razy był on nieco ciemniejszy, to jednak natężenie tej barwy było ciemniejsze tylko w porównaniu do barwy, jaką posiadał mocz przed użyciem veronalu, lecz nie zdradzało jeszcze nic chorobowego.

Ilość moczu wydzielanego na 24 godzin ulegała 16 razy nieznacznemu zwiększeniu, 13 razy zaś zmniejszeniu; wahania te jednak były nieznaczne i mogły być spowodowane innymi czynnikami. Tam, gdzie ilość moczu stawała się większa, tam odpowiednio do tego i ciężar gatunkowy malał. Szczególnie pilnie śledziłem chorych, cierpiących na chorobę Brighta i wady zastawkowe, albowiem w tych przypadkach może zależeć na wzmożeniu się moczenia i właśnie w tych cierpieniach otrzymałem wyniki zupełnie ujemne: ilość moczu albo całkiem nie ulegała zmianie, albo nawet malała.

Ze względu na zachowanie się moczenia, jeden tylko przypadek zasługuje na szczegółową wzmiankę, a dotyczy on chorego na cukrzycę. Chory ten, liczący lat 27, od kilkunastu miesięcy czuł się osłabionym, doznawał ustawicznie niedającego się ugasić pragnienia i bardzo często musiał oddawać mocz, nawet w nocy, co stanowiło powód bezsenności. Z powodu tych dolegliwości zgłosił się do szpitala, a badanie wykazało cukrzycę. W chwili, kiedy chorego dostałem pod obserwacyę, odsetek cukru w moczu wynosił 14%, ciężar gatunkowy moczu 1 060, a ilość na dobę 4400 ctm. sz., pomimo że chory od paru tygodni pobierał sól karlsbadzką i pozostawał na odpowiedniej dyecie. Dnia 4 lutego podałem 0 50 veronalu. Chory spał dobrze, a do oddania moczu wstawał w nocy tylko 2 razy; ilość moczu 2000 ctm. sz. Następnego dnia nie dostał veronalu, — ilość moczu podniosła się do 4000 ctm. sz., mimo, że ilość wypitej wody wynosiła tyleż, co poprzedniej doby. Przez 4 następne dni otrzymywał co wieczór po 1,0 veronalu, po którym zawsze dobrze spał; dla oddania moczu wstawał tylko raz na noc; pragnienie miał znacznie mniejsze, a ilość moczu wahała się między 3000 a 3800 ctm. sz. Po piątej dawce veronalu ciężar gatunkowy moczu wynosił tylko 1·050, a cukru było 12%. Po siódmej dawce ilość moczu 3000 ctm. sz. W cztery dni po ostatniej dawce veronalu ilość moczu podniosła się do 5200 ctm. sz., w pięć dni do 4400 ctm. sz., w sześć dni do 4600 ctm. sz. Ponieważ chory ten wypijał zawsze jednakową ilość wody ($1^1/_2$ litra) i zachowywał sie wogóle tak samo, jak poprzednio, wynikałoby stąd, że veronal zmniejszał u niego ilość moczu wydzielanego na dobę, — a co więcej — i ilość odsetkowa cukru także się obniżyła.

Z ciał aromatycznych urochrom ulegał czasem (19 razy) nieznacznemu zwiększeniu; indoksyl zaś pozostawał bez zmian. Mocznik, kwas moczowy, chlorki, siarkany i fosforany potasowców nigdy nie ulegały zmianie, a tylko ilość fosforanów ziem 15 razy wzrosła, który to wzrost nie przekraczał jeszcze granic fizyologicznych.

Białko, jeżeli nie istniało w moczu chorego, to nawet i po dłuższem zażywaniu veronalu nigdy się nie pojawiło. Również nie wystąpiły nigdy i inne składniki nieprawidłowe.

Z pracy mojej, jakoteż z prac innych, wynika dowodnie, że veronal jest dobrym lekiem nasennym, a w długim szeregu środków nasennych zająć musi jedno z pierwszych miejsc. Od dobrego bowiem leku nasennego wymagamy, ażeby działał szybko, pewnie, nieszkodliwie i bezpozostawiania nieprzyjemnego czucia się, a wszystkie te zalety posiada veronal w wysokim stopniu.

Działa on szybko, gdyż po dawce 0·50—1·0 sen występuje w niespełna godzinę. Działa również pewnie, jeżeli się go tylko odpowiednio użyje. Pamiętać bowiem należy, że veronal działa wyłącznie nasennie (*hypnoticum)*; działa uspokajająco *(sedativum)*, lecz nie działa kojąco na ból i jedynie tylko, jeżeli dolegliwości fizyczne są bardzo małego nasilenia, skutku po nim spodziewać się można.

Działanie pewne veronalu zawisło także od postaci, w jakiej go się używa. Ja podawałem go rozmaicie: rozpuszczony w gorącej herbacie lub mleku, w opłatku, w winie, w pastylkach, czopkach, w lewatywach i drogą podskórnych wstrzykiwań.

Najszybciej działa veronal, jeżeli się go rozpuści w kieliszku wina lub w gorącej herbacie. Czopki z masła kakaowego okazały się najmniej skuteczne; być może dlatego, że pojedyncze igiełki zostają osłonięte tłuszczem i ulegają przez to powolniejszemu wessaniu. Znacznie lepiej działały lewatywy; tutaj jednak trzeba dodać, że dawka w lewatywie musi wynosić najmniej 1·50, a roztwór powinien być ciepły, gdyż po oziębieniu veronal krystalizuje w postaci długich jedwabistych nitek.

Przy używaniu drogą odbytnicy nie stwierdziłem nigdy jakiegoś ujemnego działania na jej błonę śluzową.

Szczególnie polecenia godne są kołaczyki (pastylki), wyrabiane fabrycznie z masła kakaowego i czokolady, zawierające po 0·50 veronalu, a opatrzone rowkiem, co ułatwia dzielenie pojedynczego kołaczyka na dawki po 0·25.

Wstrzykiwania podskórne okazały się nader odpowiedniemi. Mają one tę wyższość nad wszystkimi innymi sposobami podawania, że dawka może być ściśle oznaczona i że skutek o wiele szybciej występuje. Samo wstrzykiwanie znosili chorzy doskonale, tak, jak wstrzykiwania z czystego wyskoku; miejscowe oddziaływanie nigdy nie wystąpiło. Przed wstrzyknięciem oczyszczałem dokładnie skórę wyskokiem i roztworem sublimatu; strzykawkę zaś wyjaławiałem gotowaniem. Początkowo używałem do wstrzykiwań roztworu wodnego 1%, ponieważ jednak trzeba było wprowadzać duże ilości płynu, przeszedłem do roztworu wyskokowo-wodnego, a mianowicie: *Rp. Veronali 1,0, Alcohol. absol. 15,0, Aqu. destill. sterilisat. 35,0* i z tego wstrzykiwałem po 25 grm. = 0·50 veronalu. Najdogodniejszemi jednak okazały się wstrzykiwania roztworu wyskokowego 10-procentowego. Są to wstrzykiwania niebolesne, a wstrzykując po 5 gramów takiego roztworu, wprowadza się 0·50 veronalu, a więc dawkę przeciętnie skuteczną.

O względnej nieszkodliwości veronalu mówiłem już poprzednio; tutaj zaznaczę tylko, że o ile po większych dawkach spotykałem się czasem z użalaniem się chorych na różne podmiotowe niemiłe uczucia, o tyle przedmiotowo ujemnego działania nigdy nie stwierdziłem.

Podając go przez usta w jakiejkolwiek formie, nie napotyka się nigdy na skargi ze strony pacyentów na nieprzyjemny smak, gdyż smak veronalu jest lekko gorzki, prawie obojętny. Jest to bardzo ważny wzgląd, gdyż znane są skargi chorych na wstrętny smak chloralu i *amylenum hydratum*, które to środki są dzisiaj w powszechnem i częstem używaniu. Wyższość veronalu nad tryonalem zaznacza się głównie w dwóch kierunkach: raz, że znacznie mniejsze dawki są już skuteczne, a powtóre, że nie działa na hemoglobinę krwi, którento ujemne działanie posiada tryonal. Jakiekolwiekby kto zresztą wyrobił sobie przekonanie co do wyższości veronalu nad innymi środkami nasennymi i gdyby ono nawet wypadło co do tego punktu, o czem pozwalamy sobie powątpiewać, ujemnie, to jedno pozostaje pewnem, że terapia pozyskała w veronalu lek bardzo dobry, a powiększenie liczby środków nasennych ze względu na częstą potrzebę zmieniania ich, było i jest pożądanem.

Veronal, używany do tych doświadczeń, pochodził z fabryki E. Mercka w Darmstadzie.

Kończąc niniejszą pracę, poczuwam się do miłego obowiązku wyrażenia na tem miejscu serdecznego podziękowania Prof. Drowi Pareńskiemu za poddanie mi tematu, pozwolenie dokonywania doświadczeń na chorych jego oddziału szpitalnego, jako też za wspieranie mnię podczas pracy swojemi doświadczonemi radami i uwagami.

Piśmiennictwo. 1) Aronheim: Medicinische Woche. 1903, Nr. 31. — 2) Berent: Therapeut. Monatshefte, 1903, Nr. 6. — 3) E. Fischer i v. Mering: Therapie der Gegenwart, 1903, Nr. 3 i 1904, Nr. 4. — 4) W. Fischer: Therapeut. Monatshefte, 1903, Nr. 8. — 5) Gerhartz: Berliner klin. Wochenschrift. 1903, Nr. 40. — 6) Jolly: Ibidem. 1903. Nr. 21. — 7) Laudenheimer: Therapie der Gegenwart, 1904, Nr. 1. — 8) Lilienfeld: Berliner klin. Wochenschrift, 1903, Nr. 21. — 9) Lotsch: Fortschritte der Medizin, 1903, Nr. 19. — 10) Matthey: Neurologisches Centralblatt, 1903, Nr. 19. — 11) Mendel-Kron: Deutsche medizin. Wochenschrift, 1903, Nr. 34. — 12) Offer: Centralblatt für die ges Therapie, 1903, Juli; Klinisch therapeutische Wochenschrift, 1903, Nr. 32. — 13) Oppenheim: Berliner klinische Wochenschrift, 1903, Nr. 21. — 14) Luther: Psychiatr.-Neurologische Wochenschrift, 1903, Nr. 28. — 15) Poly: Münchener med. Wochenschrift, 1903. Nr. 20. — 16) Raschkow: Wiener klin. Rundschau 1903, Nr. 41. — 17) Rosenfeld: Therap. der Gegenwart, 1903, Nr. 4 — 18) Schüle: Therap. Monatshefte, 1903, Nr. 5. — 19) Spielmeyer Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1903, Nr. 163. — 20) Thomsen: Psychiatr.-Neurologische Wochenschrift, 1903, Nr. 13 i Aerztliche Praxis. 1903, Nr. 16 — 21) Trautmann: Therapie der Gegenwart, 1903, Nr. 10. — 22) Weber: Deutsche med. Wochenschr., 1903. Nr. 40. — 23) Wiener: Wiener med. Presse, 1903. Nr. 24. — 14) Würth: Psychiatr.-Neurologische Wochenschrift, 1903, Nr. 9.

III. Oceny i sprawozdania.

Spira. **Leczenie ostrego zapalenia ucha środkowego.**

Sprawa leczenia ostrego zapalenia ucha środkowego stała się w ostatnich czasach przedmiotem szerszego zajęcia i ożywionej dyskusyi naukowej. Bodziec do tego dał Zaufal w Pradze, wprowadziwszy w dotychczasowym sposobie leczenia tej choroby zmianę zasadniczą, polegającą na postępowaniu więcej zachowawczem i zwlekaniu nacięcia błony bębenkowej do 7—8 dnia choroby. W naszem piśmiennictwie zabrali w tej sprawie głos koledzy Dudrewicz i Heiman (syn). Dudrewicz przyjmuje zupełnie i bez zastrzeżeń metodę leczenia Zaufala, polegającą na spokoju, ciepłych okładach, napojonych 2—5% roztworem octanu glinowego. Zewnętrznie podaje się salicylan sodowy, w razie zaś silnych bolów usznych — morfinę w czopkach do ucha lub jodynuje się okolicę ucha Jeżeli zaś do 7—8 dnia bole i gorączka nie ustają, należy przystąpić do nacięcia błony bębenkowej. W ciągu ostatnich $1^1/_2$—2 lat spostrzegał D. 96 przypadków ostrego zapalenia ucha środkowego, leczonych podobnym sposobem. Przytem przedziurawienie błony bębenkowej nastąpiło tylko w 15 przypadkach, z których 3 przeszły w stan przewlekły. Nacięcie błony bębenkowej wykonał raz tylko w 5-tym dniu, gdy do tego czasu nie nastąpiła poprawa, poczem chory wyzdrowiał; i w jednym przypadku zmuszonym był wykonać trepanacyę wyrostka sutkowego.

Wywody autora nie przemawiają do przekonania. Przedewszystkiem, o ile z opisu D. wnioskować można, miał on do czynienia nie tylko z zapaleniem, lecz też z przypadkami ostrego nieżytu ucha środkowego, w których rzadko tylko zachodzi wskazanie do nacięcia błony bębenkowej. Dalej niejasnem jest, dlaczego autor w jednym przypadku wykonał nacięcie w 5-tym dniu, gdy według Zaufala na po-

prawę można czekać do 7-go dnia. Czy w przypadku trepanacyi wyrostka sutkowego wczesne nakłucie błony nie byłoby zapobiegło temu powikłaniu, tego autor dowieść nie jest w stanie.

Znacznie racyonalniej i oględniej postępuje Heiman. On również daje pierwszeństwo leczeniu przeciwzapalnemu, przyznaje jednak, że i nakłucia błony bębenkowej unikać nie należy, szczególnie jeżeli inne środki lecznicze zawodzą, z czem trudno się nie zgodzić. Na 48 przypadków ostrego zapalenia ucha, w 37 zapalenie przeszło bez uciekania się do nakłucia błony bębenkowej, z tych jednak tylko 26 tyczyło się ostrego zapalenia ropnego, w których samoistne przedziurawienie błony nastąpiło między 5—10 dniem od początku zapalenia. Reszta przypadków tyczyła się nieropnego, nieżytowego ostrego zapalenia i kończyła się pomyślnie w przeciągu 7—10 dni. W 11-stu zaś przypadkach gwałtowne bole, nie ustępujące przed żadnem leczeniem, zmusiły go do wykonania nakłucia między 6—8 dniem. Rodzi się pytanie, dlaczego autor tak długo z tym zabiegiem czekał, szczególnie jeżeli sam dalej pisze: „W tych wszystkich przypadkach nakłucia błony bębenkowej żadnych powikłań nie stwierdzono, natomiast w przypadkach ostrego zapalenia ropnego, w których błona bębenkowa przeciętą nie została. 2 miały zejście niepomyślne, skończyły się bowiem trepanacyą wyrostka sutkowego, w 6 zaś z nich zapalenie przeszło w stan ropny przewlekły“. Jedynem tłómaczeniem dla autora może być tylko ta okoliczność, że chorzy pierwej na ten zabieg zgodzić się nie chcieli, jak to rzeczywiście miało miejsce w 2 przypadkach, w których przyszło do zatrzymania się ropy i do trepanacyi wyrostka.

I doświadczenia Heimana nie zdolne są rzucić światło na tę sprawę i rozstrzygnąć kwestyę w jednym lub drugim kierunku. Mojem zdaniem jedyną logiczną i racyonalną drogą do wyświetlenia tego sporu i do słusznego ocenienia wartości metody leczniczej byłoby zestawienie i porównanie wyłącznie takich przypadków, w których mimo istnienia wyraźnych wskazań do nacięcia błony bębenkowej, tego zabiegu nie zrobiono, — z przypadkami, w których rękoczyn ten wczas został wykonany. Przytem należałoby uwzględnić, że przebieg tej choroby nie zależy wyłącznie od sposobu leczenia, lecz ważną bardzo rolę odgrywa także skłonność osobnicza chorego, jego stan ogólny, stopień odporności z jednej strony, natężenie choroby i stopień zakażenia — z drugiej. Innemi słowy: przebieg przy tem samem postępowaniu leczniczem może być różny, zależnie od tego, czy dotknięty chorobą jest człowiekiem zdrowym, silnym, czy też osłabionym, wyniszczonym i dalej, czy zapalenie ucha wystąpiło jako pierwotne, po zaziębieniu, po nieżycie górnych dróg oddechowych, czy też jako wtórne, po chorobie zakaźnej, n. p. po płonicy, grypie i t. p. Nie roszcząc sobie prawa do ostatecznego rozstrzygania tej sprawy na tem miejscu, chciałbym jednak na podstawie doświadczenia 20 i kilkoletniego uzasadnić moje stanowisko w tej kwestyi.

W pierwszych 4 miesiącach istnienia ambulatoryum otyatrycznego przy krak. szpitalu izraelickim, t. j. w czasie od września do końca grudnia 1902 r., mieliśmy 12 przypadków ostrego zapalenia i 20 przypadków ostrego ropienia ucha środkowego; w roku zaś 1903 między 772 chorobami usznemi, było 62 przyp. ostrego nieropnego i 79 przyp. ostrego zapalenia ropnego ucha środk. Przy podziale i ugrupowaniu chorób ucha środkowego z rozmysłem nie czyniłem różnicy między nieżytem ostrym a zapaleniem, zaliczając obie te postacie do ostrego nie ropnego zapalenia ucha środkowego. Jestem bowiem zdania, że stanowią one tylko różnice stopnia, mianowicie, że jedna często przechodzi w drugą, t. j. że mając przed sobą początek ostrego nieżytu ucha środkowego, nie można nigdy z góry powiedzieć, czy za kilka godzin lub parę dni choroba nie nabierze cech zapalenia ostrego, a nawet, czy nie dojdzie do ropienia. U dzieci szczególnie często się spotyka, że nieznaczny z początku nieżyt w bardzo krótkim przeciągu czasu przechodzi w silne zapalenie, a często i ropienie ucha środkowego. Zyskuje też coraz więcej zwolenników nauka Zaufala, że ostry nieżyt i ostre zapalenie ucha środkowego bywają wywołane przez te same drobnoustroje chorobotwórcze, a zatem rzecz idzie o jedną i tę samą sprawę, przedstawiającą się tylko w różnym stopniu rozwoju.

Z tego też powodu jestem przeciwnikiem podziału ostrych tych spraw na „catarrhus auris mediae acutus“ i „otitis media acuta“. Ostre zapalenie ropne jednak uważałem za stosowne odłączyć jako postać oddzielną mimo jednakowych przyczyn i tylko różnicy stopnia, a to ze względu na wybitne różnice obrazów klinicznych i przebiegu, cechujące te dwie postacie chorobowe.

Co do leczenia ostrego zapalenia ropnego ucha środkowego, to kierujemy się starą zasadą, że w sprawach zapalnych należy przedewszystkiem przeciwdziałać rozwojowi zapalenia, a więc stosujemy upust krwi (2—4 pijawek za i przed uchem), zimne okłady naokoło ucha, do ucha wkraplamy karbol z gliceryną albo „phenolsalyl“ z gliceryną (1:10—15) z dodatkiem kokainy, zależnie od bolu. Do wewnątrz zalecamy przetwory salicylowe, w razie zaś silnych bolów — laktofeninę, antypirynę i t. p., ewentualnie środki przeczyszczające. Rzadziej, jeżeli chory zimnych okładów nie znosi, stosujemy okłady ciepłe, najlepiej z gorącego roztworu octanu glinowego. W ten sposób postępujemy przez 1 do 2 dni. — Jeżeli przez ten czas, a najdalej po 3 dniach tego leczenia, bole się nie zmniejszają, gorączka nie spada i wypuklenie błony bębenkowej nie zmniejsza się, wtedy przystępujemy bezwarunkowo do nacięcia błony bębenkowej. Rzecz oczywista, że w razie wysokiej gorączki i groźnych objawów mózgowych albo zatrzymania ropy, zabieg ten bezzwłocznie wykonany być winien. Z następstw postępowania tego byliśmy zupełnie zadowoleni, a nigdy nie mieliśmy powodu do żałowania.

Wiemy, jak uporczywe i dokuczliwe bywają bole głowy i ucha w tej chorobie, jak często nie ustępują pomimo okładów czy to zimnych, czy ciepłych, ani wobec kropli kojących, ani środków uspakajających wewnętrznych; ból usuniętym być może jedynie tylko przez nakłucie błony bębenkowej. Każdy otyatra miał już nieraz sposobność widzieć chorego, szczególnie dzieci, dotknięte tą chorobą, które gorączkują, są niespokojne, ciągle jęczą, nie śpią całemi nocami, nie jedzą, są smutne, wreszcie tracą siły i wagę, a gdy naraz pęknie błona bębenkowa, lub zostaje naciętą, w 24 godzin, a czasem już w kilka godzin ten sam chory przedstawia się nam jakby odrodzony: przy spadku gorączki staje się wesołym, śpi dobrze, je z chęcią i t. d. Zdaje mi się, że wobec takich obrazów i takiego doświadczenia trudno po prostu pojąć, jak można jeszcze wahać się w wyborze sposobu postępowania w tej chorobie i podawać w wątpliwość wartość tego zabiegu, tak często wprost zbawiennego. Na podstawie naszego doświadczenia postępowanie szkoły prazkiej (Zaufal, Piffl) wydaje mi się szkodliwym krokiem wstecz. Zaniechanie nacięcia błony bębenkowej, albo opaźnianie tego zabiegu do 8-go dnia choroby, jeżeli do tego czasu nie nastąpiła poprawa, nie jest usprawiedliwionem, a może bez wątpienia bardzo łatwo pociągnąć za sobą dość często szkodliwe następstwa. Przeciwnie, podzielam najzupełniej zdanie Jansena, wypowiedziane w niemieckiem Towarzystwie otologicznem w Trewirze (1902), że lepiej wykonać nakłucie jeden raz za wiele, niż raz za mało, gdyż zabieg ten, wykonany odpowiednio, nigdy szkody nie przynosi, a bardzo często jest wielce pożytecznym.

Przyznaję, że nieraz wypocina z błony bębenkowej znika samoistnie, bądźto drogą wessania, bądź też przez trąbkę uszną. Za możliwością wessania ropy w jamie bębenkowej przemawiają spostrzeżenia kliniczne, oraz badania anatomiczne, szczególnie na zmarłych z odry. Lecz któż może zaprzeczyć, że zatrzymanie takiej ostrej wypociny w uchu przez kilka dni nie stanie się szkodliwem? Mniejsza o to, że dłużej trwają ból, gorączka, bezsenność i ogólne

niedomaganie, przez co osłabia się ustrój i zmniejsza się jego odporność; ale przecież wpływ ropy i zawartych w niej drobnoustrojów chorobotwórczych nie może być obojętnym dla otaczającej błony śluzowej i kości ucha środkowego. Przeciwnie, jak doświadczenie poucza, wytwarza się stan wręcz szkodliwy. Pomijam już owrzodzenie błony śluzowej i próchnicę kości sąsiednich, lecz uwzględniając stosunki anatomiczne, zatrzymanie ropy stać się może zgubnem dla opon mózgowych, a zarazem groźnem dla życia. Nie brak też przykładów, w ktorych objawy mózgowe, towarzyszące ostremu zapaleniu ucha środkowego, ustąpiły zaraz po nacięciu błony bębenkowej i wypuszczeniu wypociny. Z drugiej znowu strony spostrzeżenia Körnera wykazały, że temprędzej następuje wyleczenie, czem wcześniej zrobiono nakłucie.

Jeżeli Piffl przytacza typowy przebieg tej choroby, w której analogicznie do zapalenia płuc w 7-ym lub 8-ym dniu choroby często następuje nagły zwrot ku poprawie z ustaniem ropienia i z polepszeniem słuchu, to możemy temu przeciwstawić przypadki, w których przebieg był takisam przy wykonaniu nakłucia błony bębenkowej zaraz na początku choroby, mianowicie między 5 a 8-ym dniem ropienia zupełnie ustało, przedziurawienie się zasklepiło i słuch się poprawił, mimoto, że nie narażaliśmy chorego na niebezpieczeństwo zatrzymania ropy i jego następstw. Oczywiście niezbędnym warunkiem takiego przebiegu jest obok umiejętnego wykonania rękoczynu tego, nie zakłócanie prawidłowego przebiegu choroby zbytecznemi przestrzykiwaniami ucha, wpuszczaniem kropli, wdmuchiwaniem proszków, zbyt wczesnem przedmuchiwaniem ucha i t. p. Nacięcie zaś błony bębenkowej nie przeszkadza takiemu przebiegowi, a przyczynia się niewątpliwie do pomyślnego wyniku. Dawna zasada: „ubi pus ibi evacua“ zachowuje naszem zdaniem swoją racyę bytu w całej rozciągłości.

Wspomnieć jeszcze muszę, że Piffl sam, który u dorosłych radzi czekać z otwarciem błony bębenkowej, zaleca nie zwlekać z tym rękoczynem u dzieci małych.

To też dość często zabieg ten wykonywaliśmy i to nietylko w ostrych, lecz także w przewlekłych ropieniach usznych, gdzie otworek w błonie był niedostateczny dla swobodnego odpływu wydzieliny i nigdyśmy nie mieli powodu żałować skutków tego rękoczynu.

Natomiast zgodzić się nie mogę z tymi autorami (Bezold, Moure i i.), którzy wykonywują w ostrem zapaleniu ucha zaraz po nacięciu błony przedmuchiwanie, aczkolwiek w początku tylko przez przewód zewnętrzny ucha i z niewielką siłą. Przeciwnie, uważam za stosowne w pierwszych dniach po nakłuciu postępować jak najmożliwiej zachowawczo, unikać wszelkich zabiegów, szczególnie przedmuchiwania, aż ustąpią objawy ostre i wszelka bolesność ucha środkowego. Po nacięciu sączkujemy jamę bębenkową, zakładając wązki pasek gazy jodoformowej albo kseroformowej aż po sam otwór w błonie. Do przepłókiwania zaś ucha przystępujemy dopiero po niejakimś czasie, gdy objawy ostre ustąpią, a ropa wydziela się obficie.

Wprawdzie nie należy to do naszego tematu i nie jest też moim zamiarem przedstawiać na tem miejscu leczenie i postępowanie nasze w przewlekłem ropieniu uszów; jednakże pozwalam sobie krótko tylko tutaj mimochodem zwrócić uwagę na metodę, która mi się okazała w kilku przypadkach korzystną. Przy obszernem przedziurawieniu albo braku błony bębenkowej i uporczywem ropieniu błony śluzowej, opierającem się wszelkim zachowawczym sposobom leczenia, mieliśmy nieraz dobre wyniki po tamponowaniu jamy bębenkowej małymi kawałkami gazy, lekko zmoczonymi 1% roczczynem formaliny. Sposób ten, dotychczas nie używany, dawał nam w niektórych bardzo upartych ropieniach usznych tak dobre wyniki, że ośmielamy się go polecić szerszemu kołu kolegów.

IV. Wyciągi.

Prof. Menge. **O wyłuszczeniu mięśniaków macicy drogą brzuszną.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 72). Sprawa operacyjnego leczenia mięśniaków macicy jest jeszcze ciągle kwestyą sporną. Podczas gdy jedni operują doszczętnie, drudzy starają się zachować macicę; jedni torują drogę przez pochwę, inni obierają drogę brzuszną. W ostatnich czasach większość operatorów zwraca się więcej w kierunku leczenia zachowawczego w celu oszczędzenia kobietom dolegliwości, jakie występują po ustaniu czynności jajników. Zauważono bowiem, że czynność jajników ustaje również po pewnym czasie, choćby się usunęło samą tylko macicę, że wpływ jajników na ustrój zależy także od obecności błony śluzowej macicy i prawidłowego przebiegu procesu miesiączkowego. To też Zweifel polecił sposób operowania mięśniaków, który polega na tem, że usuwa się wprawdzie macicę, ale zachowuje jej błonę śluzową. Werth, który sądził, że zanikanie czynności jajników po wyjęciu macicy nie tyle zależy od usunięcia jej błony śluzowej, ile jest następstwem zaburzeń w krążeniu, operował w ten sposób, że po usunięciu trzonu macicy starał się zapomocą szwów wprowadzić jajniki w szerokie połączenie z kikutem macicy i sąsiednimi fałdami otrzewnowymi i w ten sposób stworzyć dla nich nowe drogi naczyniowe. Olshausen, któremu również zależało na utrzymaniu czynności jajników, wykonywał wprawdzie amputacyę nadpochwową macicy, ale przy podwiązywaniu naczyń starał się nie natrafić na pień tętnicy macicznej i jej gałąź, idącą do jajników. Przekonano się jednak, że nawet utrzymanie jajników nie wystarcza, lecz że i przedwczesne zniknięcie procesu miesiączkowego ma wielkie znaczenie dla późniejszego zdrowia operowanej i wywołuje czasem ciężkie zaburzenia ze strony układu nerwowego. Ze względu na to, tem bardziej, że i umiejscowienie mięśniaków nie zawsze pozwala na sposób operowania Zweifla i Olshausena, sądzi autor, że, chcąc leczyć istotnie zachowawczo, pozostaje tylko jeden sposób, t. j. wyłuszczenie mięśniaków z pozostawieniem macicy, a tem samem zachowaniem procesu miesiączkowego i możliwości zastąpienia. Nadto sam zabieg jest mniejszy i łatwiejszy, aniżeli operacya doszczętna, nawet jeżeli mięśniki są duże i liczne. Zauważono również, że krwawienia, które właśnie najczęściej dawały wskazania do operacyi doszczętnej, po wyłuszczeniu guzów albo zupełnie ustawały u kobiet starszych, albo przyjmowały znowu cechę miesiączkową u kobiet młodszych. O ile jednak należy przyznać powyższej metodzie zachowawczej wielkie zalety, nie wolno było zapomnieć i o jej stronach ujemnych; tu należą: możliwość powstania nowych mięśniaków z ognisk nie odkrytych przy operacyi; możliwość krwotoku nawet wielkiego przy lub po skończonej operacyi, a tem samem możliwość bakteryjnego rozkładu utworzonych w miejscu wyłuszczenia krwiaków; możliwość zatorów powietrznych, pooperacyjnej niedrożności jelit, wreszcie wytworzenie się niezbyt silnej blizny w ścianie macicy, a tem samem możliwość pęknięcia macicy przy późniejszej ciąży. W celu usunięcia tych ujemnych stron proponuje autor pewne zmiany w technice operacyjnej. I tak przez podwiązanie gałęzi tętnic i żył macicznych jeszcze przed wyłuszczeniem guzów stara się usunąć niebezpieczeństwo krwotoku podczas i po operacyi, zatoru powietrznego i wzrostu nieodkrytych przy operacyi małych ognisk mięśniakowych; przez odpowiednie zeszycie zaś miejsc po wyłuszczeniu guzów i to głównie katgutem stara się znowu usunąć niebezpieczeństwo następowych krwotoków, pooperacyjnej niedrożności jelit, a zarazem osiągnąć silną i trwałą bliznę. Podwiązywać należy dośrodkowo od tętnicy macicznej przez więzadło szerokie, tuż obok krawędzi macicy lub nawet przez samą jej substancyę tak, aby tętnica szyjowo-pochwowa i jajnikowa leżały poza obrębem podwiązek; w ten sposób zamyka się naczynia wchodzące do mięśnia macicy, a pozostawia drożne gałęzie, odżywiające trąbki i jajniki. Metoda ta operowania mięśniaków macicy przez ich wyłuszczenie musiała w znacznym stopniu ograniczyć postępowanie drogą pochwową na krzyść drogi brzusznej. Dla drogi pochowej nadają się tylko mięśniaki podśluzowe i niewielkie podśluzowo-międzymięśniowe; zupełnie międzymięśniowe zaś i podsurowicze będą zawsze najwygodniej i najbezpieczniej dostępne drogą brzuszną. Z tego samego powodu należy również ograniczyć metodę, która drogą sklepień pachwowych (colpotomia anterior et posterior) stara się dojść do przedniej lub tylnej ściany macicy, chyba jeżeli idzie o bardzo małe guzki, które zresztą wogóle rzadko tylko dają wskazania do operacyi. Autor w 19 przypadkach wyłuszczył drogą brzuszną czasem bardzo duże i liczne mięśniaki i otrzymał zawsze znakomite wyniki. Kilka z tych kobiet zaszło potem w ciążę i urodziło na czasie płody zdrowe i donoszone. Autor nie przeczy, że są czasem przypadki, które ze wszech miar nadają się do operacyi doszczętnej przez pochwę; dotyczą one kobiet w późnym wieku, u których wystąpienie okresu przejściowego przeciąga się poza 50

rok życia, a które tak często i silnie krwawią, że po bezskutecznem leczeniu innymi środkami można się z spokojnem sumieniem zdecydować na całkowite wyjęcie takiej macicy przez pochwę. Może się również zdarzyć, że po otwarciu jamy brzusznej metoda wyłuszczenia okaże się niemożliwą, lub że utrzymanie macicy już po wyłuszczeniu guzów będzie nieodpowiednie i bezcelowe; wówczas trzeba się zdecydować na operacyę doszczętną — i to najlepiej drogą brzuszną. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Doc. Dr. Heine. **Leczenie ostrego zapalenia ucha środkowego.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, Nr. 14, 1904). Autor wypowiada swoje zdanie, co należy rozumieć przez ostre zapalenie ucha środkowego w przeciwieństwie do nieżytu ostrego tej części narządu usznego. Do tej ostatniej choroby zalicza H. właściwie tylko przypadki, w których skutkiem choroby trąbki przyszło drogą mechaniczną do zaciągnięcia błony bęb. i przesięku w jamie bęb. bez zmian zapalnych tamże. Co do leczenia właściwego zapalenia, to przedewszystkiem ma obowiązywać zasada: »*nil nocere*«, a jako wskazówki lecznicze: spokój chorego i wolny odpływ wydzieliny. Należy zatem zawsze polecić choremu unikanie pracy fizycznej, a w ciężkich przypadkach z gorączką — leżenie w łóżku. Dalej zastosować okłady Priessnitzowskie, albo ciepłe, a nawet gorące z octanu glinowego (2 łyżki stołowe na szklankę wody). W praktyce prywatnej okłady ciepłe, suche z mączki siemienia lnianego. Autor przenosi ciepło, jako środek przeciwzapalny i kojący bole nad zimnem, któremu inni lekarze oddają pierwszeństwo. Pijawki, pryszczydła i inne środki odwodzące, jak nastój jodowy, szarą maść na wyrostek, oraz maści narkotyczne, uważa za zbyteczne. Przeciw bolom usznym polecają wkraplania. Heine badając po raz pierwszy chore ucho z przedziurawieniem błony bębenkowej i ropieniem, wprawdzie przestrzykuje ucho bardzo lekko i bez prądu silnego dla oczyszczenia i uprzystępnienia sobie błony bęb. Sposób ten jest znacznie łagodniejszy i mniej rażący, niż wycieranie ucha suchymi wacikami, co ma niektóre wady, a między innemi także tę, że może wywołać zapalenie ucha zewnętrznego. W dalszem jednak leczeniu należy unikać przestrzykiwań i ograniczyć się na lekkiem wycieraniu przewodu usznego, nie dochodząc aż do błony bęb. i to tak długo, jak długo istnieją: stan ostry, bole uszne, zaczerwienienie i obrzmienie błony bęb. Po oczyszczeniu ucha drogą suchą, wsuwa się wolno wązki pasek gazy do ucha i zostawia go tam do przesiąknięcia, poczem należy go zmienić; albowiem po przesiąknięciu przestaje działać jako sączek i może raczej powodować zastój ropy. Jeżeli po ustąpieniu ciężkich objawów ostrych obfite ropienie dalej się utrzymuje, chory może sobie w domu wypłókiwać uszy 2—3 r. na dzień rozczynem kw. borowego. Jednakże rzadko tylko to jest potrzebnem i najwcześniej po 3—4 tygodniach. Wdmuchiwania kw. borowego autor w tej chorobie nie używa, a wspomina o poleconem przez Politzera wkraplaniu „hydrogenium hyperoxydatum“. H. przestrzega z naciskiem przed zastosowaniem natrysku powietrza w stanie ostrym choroby, wskazując na szkodliwe działanie takiego zabiegu w tym okresie i na zgubne następstwa, mogące z tego wyniknąć. Dopiero, jeżeli po ustąpieniu zapalenia, ustaniu ropienia i zamknięciu się otworu w błonie bęb., upośledzenie słuchu i podmiotowe wrażenia słuchowe dalej się utrzymują, wtedy autor także wdmuchuje powietrze do ucha środkowego.

Usunięcie migdałków gardlanych podczas ostrego zapalenia ucha środkowego uważa H. za przeciwwskazane, przedewszystkiem ze względu na ciężką, połączoną chorobę dziecka. Powtóre, jest to bardzo wątpliwe, żeby zapalenie lub ostre ropienie dało się przez ten zabieg skrócić lub przełamać. Natomiast znane są przypadki, w których przeciwnie, zaraz po tej operacyi i prawdopodobnie w związku przyczynowym z nią nastąpiło ostre zapalenie ucha środkowego. Tylko w przypadkach, w których choroba się przedłuża, ropienie utrzymuje się przez miesiące i to bez objawów podrażnienia, można przystąpić do tej operacyi tak samo, jak w przewlekłem ropieniu usznem, lecz tylko wtedy, jeżeli migdałki te są rzeczywiście przerosłe, a nie w każdym przypadku.

W dyskusyi przytacza Bruck 2 przypadki ostrego zapalenia kości wyrostka po zawcześnie wykonanym zabiegu Politzera i jeden przypadek, w którym pijawki, przystawione u dziecka w tej chorobie, wywołały obfitą utratę krwi, co go skłania do porzucenia upustu krwi w tej chorobie u dzieci. Ze środków termicznych daje B. pierwszeństwo zimnu i przypisuje stosowaniu pęcherza z lodem nader skuteczną rolę w leczeniu tego cierpienia, zwłaszcza w przypadkach groźnych, powikłanych z zajęciem wyrostka sutkowego, w których zbawienne działanie zimna występuje odrazu wybitnie. Natomiast błona śluzowa źle znosi ciepło w świeżym okresie zapalnym. Usunięcie wyrośli gruczołowatych jest bardzo ważnem, lecz wolno je wykonać dopiero po ustąpieniu ostrych objawów zapalenia ropnego w uchu. Zabieg ten niekiedy wart tyle, co ustanie ropienia. Sontag również jest więcej zadowolony z używania lodu lub okładów zimnych. Po użyciu 10% rozczynu kw. karbolowego w glicerynie nie spostrzegał on nigdy nadżarcia błony bęb. Zabieg Politzera S. wykonywa po ustąpieniu objawów ostrych, nawet podczas utrzymanego jeszcze ropienia i przedziurawienia błony bęb i to nietylko dla lepszego wydalenia wydzieliny z jamy bęb., lecz i z tego powodu, że zrosty dopiero się tworzące dają się łatwiej rozciągnąć, niż później. *Spira.*

Prof. Jehling. **Przyczynek do położniczego leczenia guzów uwięzniętych w małej miednicy.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 72). Na tle 3 przypadków, których historye porodu są podane, rozstrzyga autor pytanie, jak należy postępować tam, gdzie guzy uwięznięte w małej miednicy stanowią przeszkodę porodową. Przedewszystkiem należy mieć pewne rozpoznanie: w tym celu polecano nakłucie próbne, które jednak ze względu na wielkie nawet niebezpieczeństwo, na jakie naraża ciężarne i rodzące, należy bezwzględnie zarzucić jako metodę tak rozpoznawczą, jak i leczniczą. Również nie wolno w takich przypadkach próbować ukończyć poród zapomocą kleszczy lub obrotu, który łatwo może wywołać pęknięcie macicy. Prędzej już można myśleć o wymóżdżeniu płodu, jeżeli główka przezwyciężyła już uwięzniętą przeszkodę i jest nadzieja, że przez zmniejszenie główki będzie można ukończyć poród bez narażenia części miękkich lub guza. Także i wzniecenie porodu przedwczesnego nie jest godne polecenia ze względu na możliwe zgniecenie guza, które pogarsza rokowanie mogącej być później wykonaną operacyi. W końcu przestrzega autor przed zabiegami, zmierzającymi do zmniejszenia czy usunięcia guza drogą pochwy, chyba że leży on tak nizko, że badając palcem przez pochwę lub kiszkę stolcową, można z łatwością dojść do jego górnej granicy. Autor poleca następujące postępowanie: W celu upewnienia rozpoznania należy chorą uśpić i w przypadkach guzów jajnikowych lub uszypułowanych mięśniaków skorzystać z uśpienia i próbować choćby całą ręką odprowadzić guz do jamy brzusznej, przyczem jednak nie wolno zbytnio forsować. Jeżeli usiłowania te nie doprowadzą do celu, należy otworzyć jamę brzuszną i tą drogą guz uwięznięty ręcznie wyciągnąć do miednicy dużej, poczem, zacisnąwszy szypułę klemami, usunąć go w całości. Po tymczasowem zamknięciu jamy brzusznej przystępuje się następnie do wydobycia płodu drogami naturalnemi. Tam, gdzie ujście macicy nie jest jeszcze zupełnie rozwarte, uskutecznia się to szybko zapomocą balonu; wyciągnięciem płodu musi się zająć asystent, który na razie przy operacyi nie brał udziału; w braku zaś pomocnika, dobrze jest, jeżeli operator, przystępując do tej części zabiegu, wdzieje rękawiczki. Po wydobyciu płodu zakłada się dopiero podwiązki na szypułę, usuwa klemy i czeka z zeszyciem powłok skórnych aż do odejścia łożyska. Ten sposób postępowania uważa autor za racyonalniejszy, aniżeli wykonanie cięcia cesarskiego, tembardziej, że taka rodząca zwykle była już kilkakrotnie badaną i nigdy nie można przewidzieć, czy zakażenie już nie wystąpiło. Wogóle kombinacya laparotomii — jako odrębnej operacyi — z cięciem cesarskiem pogarsza rokowanie. Tam, gdzie mięśniaki macicy nie leżą podsurowiczo na szypule, ale szeroko między więzadłami lub międzymięśniowo, tam ich nie wolno naturalnie wyłuszczać, lecz po natychmiastowem wykonaniu cięcia cesarskiego — usunąć całą macicę. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Sędziak. **Rak pierwotny migdałka językowego.** (*Nowiny lekarskie*, Nr. 4, 1904). Po przytoczeniu we wstępie piśmiennictwa tego przedmiotu, podaje autor następujący, spostrzegany przez siebie rzadki przypadek pierwotnego raka migdałka językowego. Chory 62-letni, który przebył kiłę przed laty 30 i nadużywał napojów wyskokowych oraz tytoniu, skarży się od kilku miesięcy na bole z przeszkodą w połykaniu i krwawienie z gardła. Przy badaniu uderza ziemista barwa policzków, woń z ust, gruczoły szyjne mocno obrzmiałe, ślinotok. Tony serca głuche, miażdżyca naczyń. Okolica migdałka językowego przedstawia się pod postacią guzowatego nacieczenia, wypełniającego obie boczne jamki; lewa połowa owrzodzenia, o brzegach twardych, wałowatych, dnie nierównem, przylega do mocno obrzękłej i czerwonej nagłośni. Lewa struna prawdziwa znajduje się w położeniu środkowem. Przetwory jodowe i arsen, zastosowane wewnętrznie, oraz kw. arsenawy miejscowo, potęgowały tylko wszystkie istniejące objawy, a więc krwawienie, ból przy połykaniu i ślinotok. Najlepiej chory znosi ortoform, który mu też ułatwia połykanie i łagodzi ból. Autor rozpoznał pierwotnego raka migdałka językowego z wtórnemi zmianami w krtani, obrzękiem, względnie nacieczeniem nagłośni, oraz porażenie lewego mięśnia rozwieracza głośni, zależne od ucisku na nerw krtaniowy dolny, wywartego przez rakowało zwyrodniałe gruczoły szyjne. Za kiłą przemawiałyby: wywiady i umiejscowienie choroby; przeciw niej zaś: ujemny wynik leczenia swoistego, wejrzenie owrzodzenia (nierówne, o brzegach twardych, obwałowanych, podczas gdy rozpadły kilak przedstawia się pod postacią owrzodzenia kraterowatego, o brzegach ostrych, podminowanych) i wreszcie krwawie-

nie, późny wiek i barwa ziemista skóry. Przeciw gruźlicy przemawia: brak jakichkolwiek zmian w płucach i wejrzenie owrzodzenia. (Przy gruźlicy stwierdzamy gruzełki prosówkowe na brzegach, dnie i w sąsiedztwie owrzodzenia; brzegi tego ostatniego są nierówne, podminowane, dno pokryte nalotem brudnym, ropiastym, z przeświecającą tu i owdzie ziarniną blado-różową). Natomiast przemawiają za charakterem rakowatym tego cierpienia umiejscowienie, woń z ust, zajęcie gruczołów podszczękowych, chera, krwawienie i wiek późny. Obfite częste krwawienia w danym przypadku tłómaczą się częstą obecnością rozszerzonych naczyń na nasadzie języka i miażdżycą naczyń. Zarówno stan ogólny chorego, jak i zajęcie wtórne krtani, oraz gruczołów chłonnych na szyi tak powierzchownych, jakoteż prawdopodobnie głębokich (porażenie krtani), stanowią przeciwwskazanie dla poważniejszego zabiegu operacyjnego. *Spira.*

Prof. Döderlein. **O starych i nowych operacyach rozszerzających miednicę.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 72). Cięcie łonowe pomimo swoich zalet położniczych zostaje coraz bardziej zaniechane ze względu na niebezpieczeństwo uszkodzenia pęcherza, cewki moczowej, łechtaczki z następowym ciężkim krwotokiem, wreszcie na następowe przeszkody w chodzeniu. Unika się go tem chętniej, ile operacya cięcia cesarskiego została w ostatnich czasach tak udoskonaloną, że wykonanie jej przestało już być postrachem dla lekarzy. Autor wykonał 5 cięć łonowych: wszystkie operowane zupełnie wyzdrowiały, a z płodów 4 pozostało przy życiu; śmierć piątego również nie obciąża operacyi, lecz raczej należało ją odnieść do przedoperacyjnych usiłowań ukończenia porodu kleszczami. To też autor — jak i inni — przestrzega przed próbami zakładania kleszczy przed wykonaniem cięcia cesarskiego lub łonowego, gdyż usiłowania takie wpływają ujemnie na rokowanie dla płodów; raczej należy po nieudanej próbie kleszczowej ukończyć poród przez wymóżdżenie płodu, aniżeli narażać kobietę niepotrzebnie na tak ciężkie zabiegi. O ileby więc można uniknąć powyżej wymienionych ujemnych stron cięcia łonowego, o tyle zabieg sam ze stanowiska położniczego, jako metoda rozszerzająca wszystkie wymiary miednicy, ma zalety i może czasem oddać wielkie usługi. Dlatego Gigli zaproponował, by nie wykonywać przecięcia pierścienia miednicowego w spojeniu łonowem, lecz na zewnątrz od niego, przy chrząstce, przez przepiłowanie kości łonowej cienką piłką drucianą (*pubiotomia*). Van de Velde zaś prowadzi to cięcie jeszcze bardziej na zewnątrz (*hebotomia*) tak, że okolica narządu moczowego, łechtaczki i pochwy nie zostają zupełnie narażone, a i gojenie się kości, jako tkanki lepiej unaczynionej, odbywa się szybciej, aniżeli w chrząstce. Autor wypróbował tę metodę operowania i otrzymał dobre wyniki. Zauważył jednak, że nie trzeba zupełnie przecinać części miękkich aż do kości, lecz wystarczy zrobić małe cięcie (2 ctm.) nad guzkiem łonowym (*tuberculum pubicum*), aby przeprowadzić palec za kość łonową ku dołowi, gdzie znowu w wardze większej w okolicy dolnego brzegu gałęzi zstępującej kości łonowej robi się drugi otwór. Przez ten przewód przeprowadza się pod kontrolą palca zapomocą odpowiedniej tępej igły ostry drut, który ma przepiłować kość od dołu ku górze. Trzy przypadki w ten sposób operowane dały dobre wyniki. Krwawienie było zawsze małe, a rozszerzenie miednicy wystarczające, aby zapomocą kleszczy lub lepiej przez obrót wyciągnąć nawet duże płody; Zweifel radzi nawet, aby po operacyi czekać na poród dobrowolny. Po porodzie zakłada się na miednicę pas lub plaster przylepcowy, a nacięcia zaszywa się jedwabiem. Chore wstały już w 3 tygodniu i chodziły bez najmniejszej przeszkody. Dotychczas opisano już w piśmiennictwie 19 podobnie operowanych przypadków zawsze z dobrym wynikiem. Ze względu na to poleca autor tę operacyę, którą nazwał „hebotomia subcutanea“ dalszym próbom w przekonaniu, że jeżeli i dalsze wyniki okażą się dobre, wówczas operacya ta usunie zupełnie cięcie łonowe, a także ograniczy zastosowanie cięcia cesarskiego, wykonywanego ze wskazań względnych. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Prof. Dr. Israel. **Zastąpienie obu moczowodów.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 25). Mało jest znany fakt, że puchlina nerkowa, powstała wskutek wrodzonego wadliwego ustawienia nerek, przebiega przez kilkanaście lat zupełnie bez objawów może nagle wystąpić, jako ostry stan chorobowy. Na ten fakt zwraca I. uwagę i przytacza historyę choroby chłopca 13-letniego, u którego dopiero skutek zakażenia treści wrodzonej puchliny nerkowej zwrócił uwagę na to cierpienie. Przyczyna puchliny nerkowej w tym przypadku polegała na nizkiem ustawieniu nerki, wskutek czego miedniczka nerkowa poniżej ujścia moczowodu przemieniła się z powodu niedostatecznego odpływu moczu w duży torbiel. Gdy operacya zachowawcza (t. j. przecięcie i zeszycie tego torbiela) okazała się niewystarczającą, zwłaszcza gdy jeszcze w ciągu leczenia wystąpiły zupełnie podobne objawy puchliny drugiej nerki, przystąpił Israel do operacyi, którą już był raz wykonał. Połączył mianowicie przetoki pęcherza i obu nerek zapomocą systemu rurek. Do pęcherza wprowadził rurkę, ściśle zamykającą otwór w pęcherzu; rurka ta rozdziela się ku górze na dwa ramiona, z których każde dąży do przetok, wytworzonych w nerkach. Chłopiec nosi te rurki już dwa lata, przyczem dwa razy w tygodniu zmienia się te rurki i przeplókuje się pęcherz i miedniczki nerkowe kwasem borowym. Mocz, z początku mętny, wyjaśnił się później zupełnie. Autor nie traci jednak nadziei, że uda mu się przez przeszczepienie moczowodów przywrócić naturalne połączenie. *Dr. Salzer.*

Darier. **Czteroletnie doświadczenia nad dioniną.** (*Ophtalmol. Klinik*, Nr. 13, 1904). Od czterech lat stosuje Darier dioninę w lecznictwie okulistycznem. Ból, występujący przy zastosowaniu tego leku, był przyczyną, że u wielu osób nie można było nim się posługiwać. Chorzy jednak ten krótkotrwały ból chętnie znoszą, gdy się im wytłómaczy wysoką wartość leczniczą dioniny. Dawka dioniny powinna być stopniowo podawaną bez poprzedniego wkraplania kokainy, która wywiera wpływ hamujący na działanie dioniny. Rozpoczyna się od roztworu 2% i 5%. Najsilniejsze działanie dioniny osiąga się po włożeniu dioniny w proszku wielkości główki od szpilki do worka spojówkowego. Gwałtowny odczyn, jaki po takiem zastosowaniu dioniny występuje, nie powinien przestraszać lekarza. Im silniejsze oddziaływanie, tem skuteczniejsze działanie. Dla usunięcia obrzęku można założyć opaskę uciskową na kilka dni. Oderwanie siatkówki leczy autor wstrzykiwaniami podspojówkowemi soli kuchennej z dodatkiem 0,01 do 0,02 dioniny. Dionina posiada własności odkażające. Wzmożone krążenie w przestworach limfatycznych spojówki i rogówki powoduje nietylko przeplókanie tych przestrzeni, ale sprowadza zarazem ze sobą limfocyty, służące dla ochrony ustroju. Przed operacyą zaćmy i jaskry stosuje autor 1—2 godzin przedtem dioninę; kokaina później dodana wywołuje w czasie operacyi znieczulenie zupełne. Przy ciałach obcych w rogówce, gdy kawałek metalu utkwił w miąższu rogówki i nie można go wydobyć ani dłutkiem ani magnesem, posypuje autor ranę rogówkową proszkiem dioniny. Wywołany w ten sposób miejscowy obrzęk rogówki powoduje rozluźnienie tkanki rogówkowej i łatwe wydostanie się na zewnątrz ciała obcego. Przy wrzodach rogówki, w początkowych okresach zakażenia po operacyi zaćmy, przy powierzchownych zapaleniach rogówki, działanie dioniny jest zbawienne. W ciężkich postaciach miąższowego zapalenia rogówki działanie dioniny pozostaje bez wpływu. Działanie znieczulające dioniny każe ją także stosować w przewlekłych zapaleniach tęczówki, jagodówki i twardówki. *Dr. Reis.*

Doc. Scholtz: **Działanie promieni Roentgena i radu.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, Nr. 25, 1904). Porównywując działanie promieni Röntgena i radu, Scholtz utrzymuje, że używanie promieni radu o tyle jest korzystniejszem, że można je stosować tam, gdzie promieniami Röntgena nie możemy się dostać. Autor przytacza sześć przypadków toczniа podniebienia twardego i miękkiego, gdzie stosowanie promieni radu dało bardzo dobre wyniki. Do tego celu autor używa radu, zamkniętego w kapsułce, którą owija gutaperką i nasadza w miarę potrzeby na krótszy lub dłuższy drut wygięty. Oprócz tego w przypadku nie nadającego się do operacyi raka policzka po naświetlaniu radem znikły zupełnie nacieki nowotworowe. Autor postępował w ten sposób, że przykładał kapsułki, zawierające rad, do pojedynczych części skóry co drugi dzień na 10—15 minut. Od czasu wyleczenia ubiegło już $^1/_3$ roku bez wystąpienia jakichkolwiek objawów nawrotu. Autor wspomina jeszcze o ciekawem doświadczeniu, wykonanem zapomocą promieni Röntgena. Przez naświetlanie dolnej części brzucha u świnki morskiej wywołał zupełną bezpłodność i mikroskopowo wykazał „azoo- i nekrospermię“. Naświetlanie trwało przez 280 minut w ciągu 50 dni. Autor wyciąga stąd wniosek praktyczny, że możemy promieniami X działać na narządy wewnętrzne, a więc i na nowotwory w nich istniejące bez wywołania objawów zapalnych lub owrzodzeń w skórze samej. Nakoniec dodaje, że udało mu się wywołać taką samą „azoo- i nekrospermię“ u świnek zapomocą promieni radu w znacznie krótszym czasie, mianowicie przez naświetlanie po 100 minut w ciągu dni 20. *Dr. Salzer.*

Prof. Lewin. **Pomoc dla robotników zajętych przy wyrabianiu trucizn.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, Nr. 25, 1904). Autor zwraca uwagę, jak mało pouczeni są robotnicy, pracujący przy wyrabianiu rozmaitych trucizn, o szkodliwem ich działaniu na ustrój ludzki i jak wielkie niebezpieczeństwo stąd dla nich wynika. Autor wylicza różne trucizny, a przedewszystkiem ołów, który w różnych swoich połączeniach tak szkodliwie działa na ustrój. Radzi więc, by o niebezpieczeństwach tych pouczano, jeśli możliwe, już w szkole ludowej. Jeszcze skuteczniejszem byłoby rozszerzenie w setkach tysięcy egzemplarzy broszur, któreby dokładnie opisywały te niebezpieczeństwa i ostrzegały przed niemi. *Dr. Salzer.*

Dr. Weiger. **Leczenie zołzów i gruźlicy solanką.** (*Monatschrift für Kinderheilkunde*, B. III, Nr. 2). Opierając się na przypuszczalnej patogenezie zołzów i istnieniu „habitus lymphaticus" starał się Witczak nadać leczeniu zołzów solankami naukową podstawę. Autor podawał dzieciom, używanym do doświadczeń, solanki (ze źródeł Goczałkowickich, Königsdorff-Jastrzomb, Reichenhal) rano i wieczór po $^1/_4$ litra, pilnując by nie wywołać wymiotów, ani biegunki, przeciętnie przez 4-tygodniowy okres czasu i przyszedł do wniosków następujących: 1) Leczenie chorych gruźliczych solanką jest bezskuteczne, a może nawet raczej szkodliwe. 2) Dzieci zołzowate znoszą dobrze picie solanki, okazują poprawę stanu ogólnego, zmniejszenie skłonności do nieżytów błon śluzowych, zmniejszenie gruczołów chłonnych w jamie nosowo-gardłowej. Wyjątkowo tylko u niektórych dzieci objawy zołzów pozostały bez zmiany. 3) Uzasadnienie naukowe wyników leczenia tą metodą, jak to chciał uczynić Dr. Rosenberg, jest bezpodstawne, gdyż spostrzegane przez autora zwiększenie leukocytów w ślinie ustnej nie zostało stwierdzone przez innych. *Dr. Bolesław Komorowski.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Gonosan podają w poliklinice dermatologicznej w Kilonii w świeżych rzeżączkach po 0·3 grm. 6 razy dziennie (Bering. *Therapie der Gegenwart*, 1904, lipiec) obok leczenia miejscowego. Szczególnie jednak wtedy, gdy zbyt gwałtowne objawy początkowe nie dozwalają jeszcze na leczenie miejscowe, działa i sam gonosan doskonale, a Bering stawia ten środek najwyżej między lekami balsamicznymi. Trzeba jednak działanie jego nadzorować, gdyż zdarzają się objawy uboczne, aczkolwiek rzadziej, niż po innych podobnych środkach. *Al.*

Dwutlenek wodu w leczeniu chorób skórnych i wenerycznych. (*Wiener med. Wochenschrift*, Nr. 5, 1904). Dr. M. Oppenheim używał tego przetworu w wied. klinice dermatologicznej i twierdzi, że stosowanie w rozczynie bądź zgęszczonym (30%), bądź rozcieńczonym, oddaje najlepsze usługi we wrzodach zgorzelinowych, w rozpadłych kilakach i w wrzodziejącem rtęciczem zapaleniu błony śluzowej jamy ustnej. W innych zmianach chorobowych skóry i błon śluzowych nie skutkuje H_2O_2 więcej od używanych dotychczas środków. W grzybicach skórnych (*favus*, *herpes tonsurans* i t. d.) należałoby czynić dalsze próby. *Baschkopf.*

Leczenie gośćcowego zapalenia stawów podskórnemi wstrzykiwaniami jodypiny. (*Therapie d. Geg.*, kwiecień 1904). Dr. Schuster zwrócił już dawniej uwagę na wpływ leczniczy podskórnie zastosowanej jodypiny, opisując przypadek wyleczenia rwy kulszowej i urazowego zapalenia stawu biodrowego. Obecnie, gdy najrozmaitsze sposoby leczenia zawodzą, leczy on tym sposobem zapalenie gośćcowe stawów, wstrzykując codziennie lub co 2—3-ci dzień 25% jasną jodypinę w bezpośrednie sąsiedztwo miejsc zajętych, t. j. wszędzie, gdzie można skórę unieść. Te wstrzykiwania, obejmujące 10—20 grm., należy robić o ile możności jak najbardziej bezgnilnie. Stwierdził on po tem leczeniu takie polepszenie, a nieraz i wyleczenie, iż zachęca do próbowania tego sposobu jako skutecznego w ciężkim gośćcu stawowym, opierającym się zwykłym środkom. Spotykamy się tu wprawdzie niekiedy, jak bywa w nerwobólach, tylko z przemijającem polepszeniem; godzi się jednak zastosować te wstrzykiwania, gdyż mają one przed wewnętrznem stosowaniem jodu tę zaletę, iż działają nietylko ogólnie, lecz także miejscowo, rozwijając wpływ odżywczy, wzmacniający, skutkiem czego można ich używać także u bardzo wyniszczonych chorych, gdzie podawanie jodu na wewnątrz jest przeciwwskazane. *Baschkopf.*

Znaczenie przetworów garbnikowych w leczeniu chorób jelit u osesków. (*Deutsche Aerzte Ztg.*, Nr. 5, 1904). Dr. M. K. Preiss przeprowadził badania porównawcze co do wartości leczniczej nowszych przetworów garbnikowych w cierpieniach przewodu pokarmowego osesków. W czystej niestrawności jelitowej skutkowała tylko tanalbina i to wtedy tylko, jeżeli podano poprzednio środek przeczyszczający (olejek rącznikowy). Lepsze wyniki osiągnął autor w ostrem i przewlekłem zapaleniu jelit. I tu oddawała tanalbina bardzo dobre usługi; tanoform działał dobrze tylko u dzieci starszych. W nieżycie jelita grubego zawiodły wszystkie te środki. Także w cholerze dziecęcej osiągnął autor dobre wyniki, stosując tanalbinę w połączeniu z kalomelem; tanoform okazał się skutecznym u dzieci starszych. W biegunce gruźliczej uzyskano zawsze polepszenie przy pomocy tanalbiny, podczas gdy tanoform i w tych przypadkach skutkował tylko u dzieci starszych. *Baschkopf.*

VI. Kongres internistów niemieckich w Lipsku (18—21 kwietnia 1904 r.)

Zestawił

Dr. Henryk Pisek.

I. Marchand (Lipsk) (Pierwszy referent): O miażdżycy tętnic. Poglądy swoje na tę sprawę chorobową określa autor w następującej formie: Wszystkie zmiany chorobowe w tętnicach, które prowadzą do rozległych i guzowatych zgrubień ścian tętnic szczególnie ściany wewnętrznej, skutkiem czego rozwijają się stany zwyrodnienia (zwyrodnienie tłuszczowe z swemi następstwami), stwardnienie i zwapnienie włącznie z wapnieniem warstwy środkowej, — należy zaliczyć do ogólnej miażdżycy tętnic. — Cała ta sprawa chorobowa jest zwyrodnieniem, pomimo że w jej przebiegu pojawiają się w części zmiany zapalne, w części zaś bujanie tkanki. Samoistny przerost warstwy środkowej, zarówno jak i kiłowe zapalenie ścian tętnic, średniego i drobnego przekroju, należy oddzielić od sprawy miażdżycowej. Bujanie tkanki łącznej w warstwie wewnętrznej jest w przebiegu zwapnienia tętnic przyrody przerostowej; — przyrost nowych elastycznych pierwiastków tworzy się drogą rozszczepienia, podczas gdy w sprawach przewlekło-zapalnych włókna powstają w podobny sposób, jak w tkance bliznowatej (Jores).

Miażdżyca tętnic jest w pierwszym rzędzie następstwem mechanicznego zadziałania nadmiernie zwiększonej (czynnościowej) pracy tętnic, — przepełnienie krwią, wzmożone parcie, — łącznie z wpływami niekorzystnymi, wynikającymi z ogólnych zaburzeń w odżywieniu, spraw zakaźno-zapalnych, dziedziczności i t. d — Zwapnienie tętnicy głównej, zajmujące szczególniej warstwę środkową i zewnętrzną, jest w większej liczbie przypadków pochodzenia kiłowego; niekiedy rozwijają się także ogniska kilakowe, atoli nie należy używać określenia „kilakowy" na ogólne zgrubienie warstwy wewnętrznej, lecz „zwapnienie tętnic modzelowate" (*schwielige Aortensklerose*) lub *aortitis*, *mesaortitis productiva Chiari*. — Prawdopodobnem jest, że sprawa chorobowa nagabuje w pierwszym rzędzie części elastyczne warstwy wewnętrznej i środkowej tętnic. Zwyrodnienie składników elastycznych pociąga za sobą wzmożone napięcie ściany tętnicy, któremu jednak przeciwdziałać może zgrubienie warstwy wewnętrznej: rozlane zgrubienie (Thoma) może mieć znaczenie wyrównywające. — Guzowata miażdżyca (*Knotige Arteriensklerose*) okazuje przedewszystkiem typ zwyrodnienia i wpływa bezwarunkowo szkodliwie na ściany tętnicy. — Zapatrywanie Thoma, że zgrubienie warstwy wewnętrznej jest następstwem zwolnionego prądu krwi, nie wytrzymuje krytyki. — Zwapnienie warstwy środkowej tętnic kończyn (szczególnie dolnych) różni się wprawdzie pod względem anatomicznym od zwykłej miażdżycy, — łączy się jednak częstokroć ze zgrubieniem warstwy wewnętrznej. — Ze stwardnienia tętnic kończyn nie można wnioskować o jakości tętnicy głównej lub innych naczyń. — Z miażdżycą nierzadko łączy się przerost lewej komory serca, jako objaw zwiększonych oporów w krążeniu. — Zamiast dotychczas używanej nazwy proponuje autor „atherosklerois" lub „skleroatherosis".

Romberg (Koreferent) (Marburg): Zmniejszona elastyczność stwardniałych tętnic jest najszkodliwszym czynnikiem dla krążenia, — przeszkoda, którą tylko tętniakowate rozszerzenie wyrównać zdołają. Dalszym hamulcem dla prądu krwi jest wązkie światło zwapniałej tętnicy. — Te zwiększone opory w krążeniu można typowo stwierdzić w przypadkach nadmiernej miażdżycy gałązek tętnicy płucnej, — rzadko zresztą się pojawiającej. — Odnośnie do ogólnego krążenia krwi, nie prowadzi zazwyczaj zwapnienie do zwiększenia oporów dla lewej komory serca, — sprawa bowiem chorobowa nie nagabuje całej sieci naczyń. Mierny przerost lewej komory serca można wykazać w przebiegu miażdżycy

aorty, jeśli nie jest tętniakowato rozszerzona. — Skutkiem miażdżycy krążenie jest daleko wyżej upośledzone podczas ruchu, aniżeli w spoczynku, — stwierdzić to można w tętnie i w działaniu nerwów naczynio-ruchowych. Wśród chorób poszczególnych narządów, najczęściej pojawiają się zmiany w sercu pod postacią przewlekłej niedomogi mięśnia sercowego; — często można stwierdzić zwapnienie tętnic wieńcowych serca; ważne miejsce zajmuje także dusznica bolesna (*angina pectoris*). — W rozpoznaniu różniczkowem między zwapnieniem aorty, a tętniakiem, należy zwrócić uwagę na objawy uciskowe i przemieszczenie narządów; — dla workczastych tętniaków prześwietlanie nie jest bez znaczenia. — Skutkiem miażdżycy tętnic nerki okazują skłonność do przewlekło-łącznotkankowych zapaleń; — obraz tego cierpienia bywa zazwyczaj zakryty regularną rzekomo, niedomoga wybitnie przerosłego mięśnia sercowego. — Z objawów mózgowych, pojawiających się na tle zwapnienia tętnic, najczęstsze są dolegliwości neurasteniczne, przechodzące czasem w zaburzenia psychiczne. — Cierpienia zmysłów i przewodu pokarmowego zdarzają się stosunkowo rzadko; interesujące są nerwowe zaburzenia w kończynach, z których n. p. okresowe chromanie (*claudicatio intermittens*) może być zwiastunem zgorzeli. — W szeregu czynników etyologicznych stoi na pierwszem miejscu nadmierna praca mniej lub więcej odpornych ścian naczyniowych, następnie, obok fizycznych wysiłków, wpływy nerwowe, wreszcie alkohol, tytoń, kawa i herbata. Miażdżyca nie jest zmianą starczą, lecz cierpieniem, powstałem na tle zużycia tkanek, występującem daleko wcześniej u mężczyn, aniżeli u kobiet. W leczeniu należy zwrócić uwagę na dostateczny i pokrzepiający sen, wybór odpowiednich solanek, ograniczenie, — ale nie zakaz, — alkoholu, tytoniu, kawy lub herbaty. W odżywieniu unikać przeważnie mięsnych i korzennych potraw, względnie przypraw; — dowóz płynów ma być ograniczony przy istniejącej skłonności do obrzęków, uwaga wreszcie na wypróżnienia. Ze środków aptecznych zasługuje na wzmiankę jodek potasu, który, — użyty przez dłuższy czas — wywiera pomyślny wpływ w pierwszych okresach choroby, szczególniej w objawach mógowych, dusznicy bolesnej, lekkiej niedomodze serca i t. p., zmian atoli anatomicznych nie zdoła usunąć. Najlepiej działają małe dawki: 0·50 3 razy dziennie. Innych skutecznych środków niema; nitrogliceryna działa tylko objawowo. Przy zmianach w sercu stosuje się naparstnicę i „*strophantus*“ w małych dawkach u osobników 40—50 letnich, także kąpiele nasycone kwasem węglowym wywierają skuteczny wpływ.

III. Geisböck (Monachium): Praktyczne znaczenie mierzenia parcia krwi. Zdaniem mowcy zmiana w parciu może być dwojakiego rodzaju: przejściowa i trwała. Do pierwszej należą zmiany, pojawiające się w przebiegu chorób zakaźnych, szczególniej gruźlicy, w wzruszeniach umysłowych, po użyciu tytoniu, alkoholu i t. d., — wysiłki fizyczne łącznie z alkoholem podnoszą parcie daleko silniej. Trwałe wzmożone parcie pojawia się w przebiegu miażdżycy tętnic i przewlekłego śródmiąższowego zapalenia nerek. Następnie opisuje autor osobliwy zbiór objawów, który uważa jako samoistną postać chorobową, znamionującą się nadmierną policytemią: w rozmaitych tego rodzaju przypadkach naliczono 6—11 milionów czerwonych ciałek krwi. Zewnętrznie odznacza się to cierpienie nadzwyczaj czerwoną skórą, szczególniej na twarzy, kończynach i badaniu dostępnych błonach śluzowych, wreszcie różową siatkówką. Hemoglobina krwi wynosi 140—150%. Zarówno tętnicza, jak i żylna krew okazuje te same zmiany. Pomiary parcia krwi dały bardzo wysokie wartości, których innem cierpieniem wyjaśnić nie zdołano. Geisböck demonstruje jednego z takich chorych.

IV. Erb (Heidelberg): Okresowe chromanie na tle miażdżycy tętnic. Jako wczesny zwiastun zgorzeli przedstawia to cierpienie znamienny obraz: rozpoznanie jest łatwe; — najważniejszym i charakterystycznym objawem jest zupełny brak lub znaczne osłabienie tętna stopowego, zazwyczaj na obydwóch kończynach, atoli nawet przy zupełnym braku tętna nie są tętnice w całości niedrożne, lecz okazują zawsze bodaj drobne światło. Cierpienie występuje daleko częściej u mężczyzn — wskazuje na to własne doświadczenie autora i przypadki, podane w piśmiennictwie: Erb spostrzegał w ciągu lat 45 razy u mężczyzn, a 1 u kobiety; — literatura podaje 120 przypadków, tyczących się mężczyzn, a 7 u kobiet; w 22·7% można było stwierdzić kiłę, również i alkohol nie odgrywał ważniejszej roli w etyologii, natomiast tytoń zdaje się mieć pewne znaczenie. Wielu chorych było nadzwyczaj silnymi palaczami; — w jaki zaś sposób tytoń wywiera swój szkodliwy wpływ, dotychczas nie wyjaśniono.

V. Erb (jun.) (Heidelberg): Miażdżyca tętnic u zwierząt, wywołana drogą doświadczalną. Autor, chcąc wywołać sztuczną miażdżycę tętnic, wstrzykiwał wspólnie z prof. Nisslem w żyły uszne królików roztwór 1 : 1000 adrenaliny. Po 6 tygodniach można było stwierdzić rozlane zwapniałe zgrubienie naczyń, podczas gdy inne narządy zmian nie okazywały. U jednego królika zwiększano tak dalece stopniowo dawkę, że w przeciągu 2 miesięcy otrzymało zwierzę 16 cm³ adrenaliny: badanie pośmiertne wykazało obok jednego ogniska udarowego w mózgu (za życia był niedowład kończyn), tętniakowate rozszerzenia aorty, zwapnienie jej ścian, zarówno jak i innych tętnic. Drobnowidowe badanie jest jeszcze w toku; zwyrodnienia tłuszczowego dotychczas nie stwierdzono, natomiast wybujałości na wewnętrznej ścianie, nacieki i zwapniałe blaszki. Na podstawie tych wyników można powiedzieć, że: adrenalina, podana śródżylnie, sprowadza zmiany we wszystkich tętnicach ustroju, podobne do zwapnienia tętnic.

VI. Grödel (Nauheim): Wartość oznaczania parcia krwi w leczeniu miażdżycy tętnic. Jakkolwiek nie we wszystkich przypadkach zwapnienia tętnic stwierdzić się da wzmożone parcie krwi, to przecież objaw ten wzbudza co najmniej podejrzenie na istniejące stwardnienie tętnic, a to szczególniej w tych przypadkach w których istnieje marskość nerki. Niema wprawdzie środków, któreby trwale zmniejszały parcie krwi; zaleca się jednak uregulowanie sposobu życia chorych i wykluczenie czynników, prowadzących do częstego wzmożenia parcia; jod i przetwory azotu nie wiele zdziałają; przy powikłaniu z niedomogą serca dobrze skutkują małe dłużej podawane dawki naparstnicy, wreszcie masaż, kąpiele, gimnastyka, metodycznie przeprowadzone, wpływają korzystnie. Autor ostrzega przed wysyłaniem do wód tych chorych, u których żadnym innym środkiem nie osiągnięto poprawy.

VII. Bahrdt (Lipsk): Miażdżyca tętnic a ubezpieczenie na życie. Wśród ubezpieczonych na życie w lipskiem Towarzystwie ubezpieczeń wynosiła śmiertelność skutkiem zwapnienia tętnic i chorób następowych (udar serca, przewlekłe choroby serca, udar mózgowy, rozmiękczenie mózgu, zgorzel starcza) w ostatnich 11 latach 22% wszystkich przypadków śmierci, podczas gdy skutkiem gruźlicy tylko 7%. O ile ta ostatnie okazuje znaczny spadek śmiertelności, przy zwapnieniu występuje znaczny wzrost. Kiła nie odgrywa wybitnej roli, sam zaś Bahrdt nie przypisuje wielkiej wagi tym obliczeniom, które zresztą tyczą się tylko jednego towarzystwa. (C. d. n.)

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Protokół z posiedzenia zwyczajnego odbytego dnia 19 maja 1904 r.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia przedstawia kol. Borzęcki chorą z zapaleniem dziąseł i nielicznymi pęcherzami na skórze tułowia. Gdy chora przybyła do oddziału, stan jamy ustnej był znacznie gorszy; wielka bolesność dziąseł utrudniała chorej jedzenie, a nerwobóle w twarzy nie ustawały zupełnie. Ponieważ ob-

jawy te przy leczeniu ogólnem i miejscowem nie ustępowały, a odżywienie chorej bardzo podupadło, wykonano wyjęcie całego szeregu zębów, chociaż stan samych zębów był względnie dobry. Po wyjęciu zębów nastąpiło polepszenie, chora mogła więcej jeść i spać, a zmiany w jamie ustnej i na skórze zaczęły powoli ustępować. Kol. Borzęcki waha się w tym przypadku między rozpoznaniem pęcherzycy, a sprawy zakaźnej, spowodowanej przez wrzodliwe zapalenie jamy ustnej. W dyskusyi kol. Reiss wyklucza pęcherzycę ze względu na polepszenie, zaszłe po wyjęciu zębów. Następnie przedstawił kol. Borzęcki chorego, u którego nowotwór, wychodzący z podniebienia, zajął migdałek prawy i podstawę języka, sprawiając wskutek tego znaczne trudności w połykaniu. Wreszcie przedstawił kol. Borzęcki dwa przypadki kiły późnej dziedzicznej u chłopca 16-letniego i dziewczyny 17-letniej.

Następnie kol. Reiss przedstawił przypadek *sklerodermii (en bandes)* u chłopca 9-letniego. Zmiany znajdują się tylko na lewej połowie ciała, *„sclerodermia hemilateralis"*, a mianowicie: jedno ognisko bardzo niewielkie na powiece górnej lewego oka; drugie większe w postaci prostokątnego odcinka w okolicy sutka lewego, wreszcie rozległe zmiany na ramieniu i przedramieniu lewem w postaci szerokich pasm. Cała kończyna górna lewa jest znacznie chudsza od prawej. Kol. Reiss ma zamiar zastosować elektrolizę ogniskową (metodą Brocqua) z następowem przykładaniem w tych miejscach dobrze przylegających plastrów rtęciowych, wewnętrznie zaś przetwory arsenu.

W dalszym ciągu przedstawił kol. Reiss przypadek niezwykłego umiejscowienia strupnia woszczynowatego, mianowicie dwa ogniska tegoż na grzbietnej stronie przedramienia prawego. Badanie mikroskopowe wykazało obecność grzybka Schönleina.

Następnie przedstawił kol. Reiss chłopca czteroletniego ze zmianami na stopach i dłoniach w postaci bardzo znacznego rozlanego zgrubienia i zrogowacenia naskórka. Kol. Reiss rozpoznaje w tym przypadku: *hyperkeratosis palmae manus et plantae ped. congenita*. W dalszym ciągu przedstawił kol. Reiss chorego ze zmianami w jamie ustnej, przypominającemi *stomatitis mercurialis* i nielicznymi guzkami o sinem zabarwieniu centralnem na obu kończynach dolnych po stronie wyprostnej. Wywiady wykazują, że chory przed przybyciem do kliniki miał dreszcze i gorączkę. Kol. Reiss rozpoznaje: *erythema multiforme exsudativum* (Hebra) z analogicznem zajęciem błon śluzowych. Następnie przedstawił kol. Reiss przypadek *ichthyosis serpentina universalis* znacznego stopnia u chłopca 12-letniego.

Wreszcie przedstawił kol. Reiss wynik po leczeniu toczenia części chrzestnej nosa *(lupus tumidus)* zapomocą bromu. Wynik był bardzo dobry; brak zupełny guzków po obserwacyi trzechmiesięcznej, jako też brak wszelkich nacieków w partyach obwodowych.

Na tem posiedzenie zamknięto. Sekretarz *Dr. Stopczański*.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 28 lipca.

* Dnia 16 lipca odbyło się uroczyste odsłonięcie pomnika Pasteura w Paryżu na »Place de Breteuil«, w obec przedstawicieli Akademii, Uniwersytetu i licznych tłumów gości zaproszonych z Prezydentem Republiki na czele. Postać największego geniusza, reformatora medycyny i higieny w XIX wieku, została wykuta w białym marmurze, z głową wzniesioną i okiem zwróconem ku prochom największego zdobywcy świata, złożonym pod kopułą katedry Inwalidów. Rysy postumentu uderzają podobizną. Mniej mu do twarzy w tej szacie senatora, w której go nigdy nikt za życia nie widział. U podstawy w czworoboku historya odkryć Pasteura, umiejętnie i artystycznie zebrana w całość; z boku anioł śmierci korzy się przed potęgą wiedzy, a chłopię pastusze swobodnie gra na fujarce. Warto przytoczyć parę wyjątków z mów, które wygłoszono:

„Prometeusz wiedzy jasne rzucił światło na ciemności, jakie panowały w biologii współczesnej. Zło zwalczył złem, stosując doń siły żywego ustroju, zmniejszając, stopniując jego moc i zmieniając szkodliwe jego działanie na ochronę ustroju od zarazka."

Grancher, towarzysz ostatnich walk i prac Pasteura nad szczepieniem wścieklizny, przytoczył kilka wierszy wspomnienia, poświęconego przez Pasteura słynnemu chemikowi J. B. Dumasowi w r. 1889:

„Pomiędzy ludźmi wielkiej wiedzy są jedni, którzy, zagłębiając się w studyach, mają dla ogółu rodzaj politowania lub pobłażliwej ironii. Nie dbając o jego opinię, zwracają się do szczupłego kółka uprzywilejowanych. A gdy i to kółko ich opuści, wystarcza im zagłębianie się we własnej jaźni".

„Są jednak i inni, którzy umieją cicho pracować, lecz umieją i stać na szerokich podstawach. Po za pracami własnemi, które im zapewniają pamięć u potomności, czują oni i myślą wspólnie z całem żyjącem społeczeństwem i serce mają otwarte na ogólnoludzkie uczucia. Są to podpory duchowe narodu".

„Są jeszcze inni, którzy zwalczają utarte formułki, ażeby wprowadzić nowe własne myśli. Życiem dla nich walka i zwycięstwo idei, dla której walczą; tutaj jak gdyby mówił o sobie."

„Umysł Pasteura nie rozumiał formułek. Wszędzie wprowadzał krytykę opartą na spostrzeganych faktach. Reformował chemię, biologię, wreszcie medycynę. A reforma ta sięgła odrazu do podstaw. Pomijając odkrycie zarazków i ważne stąd wyniki dla zapobiegania,— Pasteur dowódł na przykładzie zarazka wścieklizny, że można nań oddziałać już po wniknięciu do ustroju. Tego nikt przed Pasteurem nie przewidywał i tę myśl zwalczali z początku najwięksi jego zwolennicy, z wyjątkiem Charcota, Vulpiana, Dujardin-Beametza i Brouardela. Aż wreszcie walka skończyła się zwycięztwem: — wszyscy musieli uznać powagę faktów spostrzeganych przez Pasteura, potwierdzonych przez Komisyę angielską z James Pagetem na czele. Tuż zatem powstały pracownie w Ameryce, Warszawie, Odessie, Neapolu i potwierdziły myśli mistrza."

Trzeba jednak przyznać, że zasługi wielkiego badacza, jeżeli i zostały ocenione, to jednak pamięć o nich za słabo się uwidoczniła podczas uroczystości. Przybyli prawie wyłącznie Francuzi; jeden przedstawiciel z Niemiec, kilku z Belgii, jeden z Anglii. Wieńce nadesłali: z Węgier Zakład Pasteurowski, z Niemiec Towarzystwo weterynarskie. Natomiast trzy wieńce polskie: od Komitetu narodowego (jako składkowego), od Uniwersytetu Jagiellońskiego i od miasta Krakowa z polskim i francuskim napisem, złożone zostały u stóp pomnika, zaś po skończonej uroczystości zostały zawieszone na grobowcu Pasteura w Instytucie Jego imienia. Towarzystwo lekarskie warszawskie było reprezentowane przez prof. O. Bujwida. *O. B.*

* Posada elewa płatnego (600 Kor.) przy katedrze dermatologii i syfilologii w Uniw. Jagiell. jest do obsadzenia. Podania przyjmuje dziekanat wydziału lekarskiego do dnia 30 września 1904 r.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellon. otrzymali: Zygmunt Siegel i Kazimierz Okuszko.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniw. lwowskim otrzymali: Zdzisław Szczepański, Władysław Januszkiewicz, Józef Klaften i Juliusz Stochknopf.

* Dr. Alfred Berggrün, lekarz powiatowy w Chrzanowie, mianowany został starszym lekarzem powiatowym.

* Dr. Władysław Dziewoński, mianowany został lekarzem okręgowym w Kętach.

* Dr. Jan Josse, koncepista sanitarny, przeniesiony został z Peczeniżyna do Nadwórnej.

* Dr. Herman Pilzer został stabilizowany na posadzie drugiego lekarza miejskiego w Tarnowie.

* W Busku odbył się obchód jubileuszowy Dr. Juliana Majkowskiego z powodu dwudziestopięciolecia praktyki jubilata w tem zdrojowisku.

* W Berlinie i w Wiedniu pojawiły się pojedyncze przypadki ospy. Jeszcze 6 czerwca stwierdzono 2 przypadki tej choroby w Kromieryżu; obecnie, nie przybierając cechy nagminnej, pojawia się ospa w wielu miejscowościach Austryi, szczególnie w krajach wzdłuż Dunaju.

* Między 5 a 11 lipca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: drohobyckim (1 gm.), grodeckim (1 gm.), jaworowskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), lwowskim (1 gm.), mościskim (1 gm.), nadworniańskim (1 gm.), rawskim (3 gm.), skałackim (2 gm.), śniatyńskim (1 gm.), stryjskim (2 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), zaleszczyckim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Spengler mianowany został profesorem nadzwycz. sądowej medycyny w Lausannie. Dr. Pels-Leusden, chirurg w szpitalu berlińskim Charité, mianowany został profesorem.

Nekrologia. Dnia 23 lipca zmarł w oddziele chorób zakaźnych lwowskiego szpitala powszechnego Dr. Tadeusz Budzynowski, liczący lat 39, wychowaniec Uniwersytetu Jagiellońskiego, który przez lat 7 pełnił obowiązki lekarza okręgowego w Jaryczowie Nowym i tu pozyskał sobie przez sumienne pełnienie swych obowiązków powszechne zaufanie wśród ludu i szacunek u władz przełożonych. Padł on ofiarą duru plamistego, którego tłumienie wymagało niezmiernie mozolnej pracy i wielkiej ofiarności. Epidemia została już stłumioną, ale ś. p. Wład. Budzynowski przypłacił to własnem życiem. W ciągu ostatnich lat 8 jest to już trzecia ofiara tej dla lekarzy morderczej zarazy w powiecie lwowskim. Dr. Sobolewski w Winnikach i Dr. Rozłucki z Dublan, asystent sanitarny Namiestnictwa, padli również ofiarą swego zawodu i poświęcenia. Niech im ziemia będzie lekka.

Dr. Obtułowicz.

Bibliografia:

— *Kronika lekarska* Nr. 14. Sędziak: Rozpoznawanie i leczenie raków krtani.

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 8. Nartowski: Nerwowość, jej źródła i następstwa. Kmietowicz: W sprawie zdrojowisk i przemysłu zdrojowego.

— *Medycyna* Nr. 29. Moraczewski: O zawartości w produktach trawienia sernika. Borzymowski: Trzy przypadki zeszycia ran serca i teorya zszywania ran serca na spostrzeżeniach własnych oparta (c. d.).

— *Czasopismo lekarskie* Z. 7. Korybut-Daszkiewicz: Do jakich praktycznych wniosków upoważniają nas najnowsze odkrycia na polu biologii mleka kobiecego i różnych zwierząt? Wisłocki: Kilka słów w sprawie karmienia dzieci. Fidler: Przyczynek do epidemiologii błonicy. Serkowski: Zarys semiotyki moczu (c. d.). Pełczyński Przypadki szybkiej mumifikacyi trupa dorosłego mężczyzny i pęknięcia serca w niezwykłem miejscu. Maybaum: Przyczynek do nauki o przeżuwaniu.

— *Gazeta lekarska* Nr. 29. Mięsowicz: Przypadek choroby Basedowa z zanikami mięśni i niedomogą wydzielniczą żołądka. Rzętkowski: Działania katalityczne i zaczynowe (dok.). Gębarski: Kilka uwag dotyczących odmy piersiowej (c. d.).

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 8. zawiera: Wydzierżawienie Krynicy.— Oddzielenie zdrojowiska Krynicy od gminy wiejskiej. — Działanie lecznicze Żegiestowa. — Zakopane.

— *Revue v neurologii, psychiatryi, fisikalni a diaetetické therapii* Nr. 7. Scherer: Připad Littleowy nemoci s rozsáhlým porencefalickým defektem. Vitek: Tic ruky. Přispěvek k otázce motorických obsessi (dok.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 29. Dvořák: Endemie tyfová v kr. česk. zem. nalezinci a porodnici r. 1902 a 1904 (dok.). Lhoták: O látkách skupiny digitalinové. Ehler: Hernia supravesicalis properitonealis.

— *La Presse médicale* Nr. 56. Debove: Tętno stale powolne a histerya urazowa. Auvray: Zabiegi chirurgiczne w zgorzeli płuc: operacya, anatomia patologiczna i rozpoznawanie zgorzeli płuc. Labbe: Rozbiory chemiczne moczu: racyonalne tłómaczenie i wartość semiologiczna.

— Nr. 57. Pulein: Wpływ zapalenia żył na żylaki. Surmon i Boullanger: Rozpoznanie spotęgowanej kwasoty drogą badania substancyi skrobiowatych rozpuszczalnych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 29. Ziehen: Okresy rozwoju psychiatryi. Sinnhuber: Ruchowe objawy podrażnienia gardła i krtani. Criegern: Leczenie jednostronnego zaklęsnięcia klatki piersiowej. Spiethoff: Przyczynek do wykazania leczniczej wartości uczulania metodą Dreyera Groedel: Mechaniczna podnieta w płynącej kąpieli. Brugsch: Uwagi kliniczne i historya rozwoju wrodzonych nieprawidłowości skóry w okolicy kości ogonowej. Aron: Znaczenie gazów kiszkowych dla ustroju zwierzęcego w powietrzu zgęszczonem i rozrzedzonem.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 29. Dehne i Hamburger: Badania doświadczalne nad następstwami wstrzykiwań otrzewnowych surowicy końskiej. Müller: O zakażeniu brzusznem mikrokokiem tetragenus. Oefelle: Kał przy kamieniach żółciowych. Tamerl: Pęcherzyca przełyku.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 29. Voit i Salvendi: Przyczynek do nauki o białkomoczu Bence-Jonesa. Passim: Rozmaitość bakteryi a zjawiska aglutynacyi. Trommsdorff: Bakteryologia potu barwnego. Simon: Badania nad znieczuleniem miejscowem eukainą i eukainą w połączeniu z adrenaliną. Martin: Przypadek uwięźnięcia przepukliny przeponowej i przyczynek do chirurgicznego leczenia przepuklin przeponowych. Koch: Znaczenie patologicznej anatomii rdzeniowego porażenia mięśni dla plastyki ścięgien. Appel: Co się staje z ciałami połkniętemi? Fuchs: O katgucie jodowym. Bassewitz: Propozycye do indywidualnego zapobiegania żółtej febrze, na podstawie teoryi przerzutowej Finleya. Mansfeld: O gerbinie. Trautmann Modyfikacya reflektorów. Schultze: Neuropatologia a medycyna wewnętrzna.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 30. Gravitz: Wrzód żrący. Gravitz: Nowe doświadczenia z zakresu leczenia niedokrwności złośliwej. Helmbrecht: Maretyna, nowy lek przeciwgorączkowy. Joseph: Zmniejszanie wielkiego nosa. Pfeiffer: Badania nad sądowo-lekarskiem odróżnianiem krwi ludzkiej od zwierzęcej przy pomocy metody Marx-Ehrnrotha.

Redakcya otrzymała: Sprawozdanie c. k. Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi za r. 1900.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 29 (od 17/VII do 23/VII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 33, dz. 19; nieżywo: chł. —, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 15, kob. 17; zamiejscowych: męż. 9, kob. 15.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 8, ob. 5. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. 3. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 2. 5) krztusiec: miejsc. — ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 6, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. 1, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. —. 21) nowotwory: miej. 1 ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 6, ob. 7. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. — 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob —. **Razem** miej. 32, obcych 24.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 3 sierpnia, o godzinie 6-tej popołudniu, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie z porządkiem dziennym: „Sprawy majątkowe Towarzystwa".

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).
Dr. **Jekels**, właściciel i kierownik Zakładu.

Iwonicz.
Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski**, docent chir. Uniw. lwows., lek. zakł.
Dr. **Stauber.**

Jastrzemb-Koenigsdorf (Śląsk górny).
Dr. **Witczak**, kierownik i właściciel Zakładu.

Jaworze (Ernsdorf, Śląsk austr.).
Dr. **Zanietowski Józef**, jun., lekarz zakł.

Kosów
lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.
Dr. **Tarnawski**, kierownik i właściciel.

Krynica.
Dr. **Cercha Maksymilian.**
Dr. **Dębicki Klemens**, („pod Jeleniem").
Dr. **Ebers**, radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz.**
Dr. **Kopff Leon**, lekarz c. k. Zakładu zdrojowego.
Dr. **Lewicki Stanisław**, asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Lorentski.**
Dr. **Wąsowicz Z.**, („pod Orłem").

Maryówka pod Lwowem.
Dr. **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

Ojców.
Dr. **Niedzielski St.**, dyrektor zakladu wodoleczniczego.
Dr. **Daniłowski Br.**, asystent dyrektora.

Rabka.
Dr. **Lang**, lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.
Dr. **Dukiet.**
Dr. **Regiec J.**
Dr. **Wajgel Eugeniusz**, lekarz zakładowy.

Swoszowice.
Dr. **Cholewicz Franciszek.**

Szczawnica.
Dr. **Gorski Ksawery**, lekarz zakł., kierownik Zakładu wodoleczniczego górnego.
Dr. **Hammerschlag Rudolf**, (dom „pod Attylą").
Dr. **Kołączkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniezego i pensyonatu.
Dr. **Żuliński Edward**, (Willa „Alma"), (zimą w Meranie).

Truskawiec.
Dr **Krzyżanowski E.**, radca ces., lekarz zakł.
Dr. **Pelczar Z.**
Dr. **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł

Zakopane.
Dr. **Majewicz Edmund**, Przecznica.

Żegiestów.
Dr. **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.
Dr. **Kümmerling**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).
Dr. **Feuerstein Leon**, („Hotel Continental").

Cieplice trenczyńskie.
Dr. **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakł.
Dr. **Wobr**, lekarz zakł. (zimą Lussinpiccolo).

Franzensbad.
Dr. **Steinsberg**, („Goldener Brunnen").
Dr. **Zeitner Józef**, (dom „Stadt Paris").

Gleichenberg.
Dr. **Bulikowski St.**, (Villa „Höffinger" IV).

Wyspa Grado obok Tryestu.
(Kąpiele morskie i piaskowe.)
Dr. **Oransz M.**, (Polak), (zimą w Wiedniu).

Karlsbad.
Dr. **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").
Dr. **Kaufmann Oskar**, (Sprudelstrasse, „Pascha").
Dr. **Kołaczkowski**, („Stadt Athen").
Dr. **Kostecki**, (zimą w Abbazyi).
Dr. **Kretowicz**, (Kaiserstrasse, „Stadt Warschau").
Dr. **Kropf Leon**, (Theatergasse, „Minerva").
Dr. **Maleszewski Wł.**, (Alte Wiese, „Drei Staffeln").

Kissingen.
Dr. **Chłapowski Franciszek**, radca sanitarny.
Dr. **Maciejewski J.**, (Villa „Elsa").

Kołobrzeg.
Dr. **Weissenberg Józef**, (zimą *Nervi*).

Marienbad.
Dr. **Dobija Fr.**, (Kaiserstrasse, „Weisser Schwan").
Dr. **Harajewicz Wład.**, (Villa „Wahnfried").
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg").
Dr. **Schermant J.**, (Villa „Apollo").

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)
Dr. **Binder**, kier. i właściciel sanatoryum „Stefania".

Nauheim.
Dr. **Jankowski Fr.**